

Ulike forklaringsmodeller for schizofreni og behandlerens holdning til familien

-et sosialpsykologisk perspektiv

Cecilie Plahte



Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Høsten 2011

Sammendrag

Forfatter: Cecilie Plahte

Tittel: Ulike forklaringsmodeller for schizofreni og behandlerens holdning til familien: et sosialpsykologisk perspektiv.

Veileder: Kirsten Benum

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan et sosialpsykologisk perspektiv kan belyse forholdet mellom behandlere i psykisk helsevern og familien til pasienter med schizofreni. Bakgrunnen for dette temaet var litteratur som viser at pårørende ved schizofreni i stor grad har negative opplevelser knyttet til psykisk helsevern (eksempelvis Engmark, Alfstadsæther og Holte, 2006). Spesielt opplever pårørende at helsepersonell har negative holdninger til dem (Kristoffersen, 1998). Forklaringsmodeller der foreldre er sett som sentrale kausale aktører i lidelsen, har tidligere vært foreslått som forklaring på behandleres negative holdninger til pårørende (Torgalsbøen, 2001b; Walla, 2010). Jeg ønsket også en kritisk gjennomgang av andre forklaringsmodellers implikasjoner for holdninger til familien.

Med en gjennomgang av psykiatri- og psykologihistoriens ulike forklaringsmodeller for schizofreni har jeg tatt utgangspunkt i følgende spørsmål: Hvordan har forståelsen av familiens rolle ved schizofreni endret seg i psykologisk/psykiatrisk teori? Og fra et sosialpsykologisk perspektiv, hvordan kan ulike forståelsesmodeller antas å henge sammen med behandlerens holdning til pasient og familie? Begrepsapparatet i oppgaven er hentet fra teori om gruppeprosesser. Det betyr at tradisjonell psykiatri, psykoanalytiske modeller, systemperspektiv, antipsykiatri og stress-sårbarhetsmodellers betydning for holdninger til familien vil vurderes i et inngruppe-utgruppeperspektiv. Begreper som sosial kategorisering, stereotypisering, stigmatisering, attribusjon og essensialisme blir dermed viktige referansepunkter.

Diskusjonen omhandler forholdet mellom forklaringsmodeller og holdninger. Ved å se hvordan teori henger sammen med holdninger, oppmuntrer jeg til økt bevissthet i forhold til egne holdninger og fordommer. Jeg knytter teori til en forutinntatthet som kan få negative konsekvenser. Jeg konkluderer med at respekten for pårørende og pasienten, og for menneskers iboende verdighet, må ligge til grunn for all forståelse av psykisk lidelse. Det er det viktigste for behandlerens holdning til pårørende.

Forord

Proessen med å skrive denne oppgaven har vært som en reise tilbake gjennom seks års psykologistudie. Etter lang tid med klinisk fokus i utdannelsen, har jeg gått tilbake til sosialpsykologien, og sett min egen rolle som (snart) psykolog i lys av denne.

En viktig erfaring, som har fått meg på sporet av denne oppgaven, er at jeg ofte har tatt psykiatrikritikk personlig når det kommer ”utenfra”, som om det skulle handle om meg eller ”mine”. Samtidig har jeg selv ofte kritisert ”psykiatrien” sammen med medstudenter. Ofte koker diskusjonene ned til hvordan man forstår psykisk lidelse, og relativt fort kobles det inn ideologi og holdninger. Temperaturen blir gjerne høy. Min opplevelse er at forståelsesmodeller for alvorlig psykisk lidelse kan være et ømtålig tema, og det må vel i seg selv bety at det er verdt å se nærmere på.

I et sosialpsykologisk lys stikker noen av erfaringene fra studietiden seg frem som problematiske: å rollespille prototypiske personlighetsforstyrrelser for eksempel, eller vurdere forventet IQ ut fra om foreldrene har yrkesfaglig eller akademisk bakgrunn. Eller hvordan vi studentene diskuterte andre relaterte faggrupper etter hovedpraksis, som psykiatere (”hvorfors kan de ikke bare holde seg til det de kan: skrive ut medisiner?”) eller sosionomer (”hvorfors kan de ikke bare holde seg til det de kan: fylle ut skjemaer?”). Og fortsatt husker jeg første dag på Psykologisk institutt: vi fikk eksplisitt beskjed om at vi var et selektert utvalg. Jeg har blitt nysgjerrig på sosiale prosesser og på behandleres holdninger.

En hovedmotivasjon for meg, og for mange andre psykologistudenter, er at vi ønsker å hjelpe mennesker. Jeg skal inn i et system der jeg bør ta med meg en bevissthet omkring egne holdninger, egne fordommer, for å forvalte den makten som ligger i å være psykolog i psykisk helsevern. For å bli en så god hjelper som mulig tror jeg det er imperativt at jeg har et bevisst forhold til, og jobber aktivt med egne holdninger.

Takk til Kirsten Benum for god veiledning og støtte. Takk til min kjære ektefelle for at du vært en skikkelig husfar og frigjort tid for meg i skriveperioden, og takk for at du stiller som refleksjonspartner når det trengs. Takk til to mødre med stor M: min egen mamma, som har lest korrektur langt borte i Kina, og til svigermoren min, som med sine meninger, nyttige erfaringer og sitt varme morshjerte har inspirert oppgaven.

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	1
Intergruppeperspektiv: vår iboende tendens til oss-dem-tenkning	3
Problemstillinger, begreper og avgrensninger	5
Klassisk psykiatrisk schizofreniforståelse: ”sykdom i hjernen”	7
Kraepelins ”dementia praecox”	7
Bleulers bidrag	8
Karl Jaspers og psykosens uforståelighet.....	10
Schneiders førsterangssymptomer.....	11
Adolf Meyer og tidlig diagnosekritikk.....	12
Nazitiden i Tyskland	12
Oppsummering og vurdering av klassisk psykiatrisk schizofreniforståelse	13
Psykoanalytisk teori om schizofreni: mors betydning	16
Freuds reservasjon fra schizofreni, og paranoia som ubevisst homoseksualitet	16
Harry Stack Sullivan: fra intrapsykisk til interpersonlig.....	17
Winnicott: ”the good enough mother”	17
Fromm-Reichmann og den schizofrenogene mor	18
Oppsummering og vurdering av psykoanalytisk forståelse	18
Systemperspektiv: den schizofrene familien.....	20
Bateson og doublebind	21
Lidz: fars rolle og ekteskapelig konflikt	21
Wynne og pseudomutalitet.....	22
Expressed Emotion og familieintervensjoner	23
Oppsummering og vurdering av familieteoriene	24
Antipsykiatribevegelsen	27
Stress-sårbarhetsmodellen: interaksjon mellom arv og miljø	30
Rosenthals diatese-stress modell	30
Den medisinske modellens oppsving, 1990-tallet som ”The decade of the brain”	32
Den kognitive modellen: fra kategori til dimensjon.....	33
Recovery-bevegelsen: pasienten som subjekt	35
Diskusjon.....	38
Født sånn eller blitt sånn: hva betyr det for familien?.....	39

Forklaringsmodeller og attribusjon av skyld.....	39
Sosial kategorisering, stereotypisering og stigmatisering	41
Essensialisme og familien med assosiativt stigma.....	44
Psykologen i “psykiatrien”	46
Betydningen av ulike forklaringsmodeller	46
Forklaringsmodellens rolle.....	47
Konklusjon	50
Litteraturliste	51

Innledning

Pårørende til pasienter med schizofreni har i overveiende grad negative erfaringer knyttet til psykisk helsevern. Dette er et gjennomgående funn i flere studier fra en rekke steder på ulike tidspunkt (Austrem, 2006; Engmark, Alfstadsæther og Holte, 2006; Ferriter og Huband, 2003; Johnson, 1990). Dette fordrer en analyse av hvordan vi som helsepersonell tenker om, og forholder oss til familien ved schizofreni.

Det er mange grunner til at helsepersonell må forholde seg til familien der et menneske har schizofreni. Det er som oftest familien som er de første til å oppdage at noe er galt, det er de som tar kontakt når det trengs hjelp, og i mange tilfeller skrives pasienten ut og reiser hjem til familien etter innleggelse. Familien har vært der før lidelsen oppstod og de vil være der når personen ikke lenger har kontakt med hjelpeapparatet. De er gjerne broen mellom pasient og psykisk helsevern, og de står for kontinuiteten i pasientens liv.

I kjølvannet av en omfattende deinstitusjonalisering i psykisk helsevern, har omsorgsansvaret for de nærmeste pårørende ved schizofreni økt. Undersøkelser fra 1980-tallet viser at omlag 33-65% av pasienter bodde sammen med familien sin. Oppdaterte tall fra Norge mangler, men det er ingen grunn til at tallene i dag skulle være lavere. Også der pasienten har andre bo-ordninger har familien i dag en utstrakt omsorgsrolle; de er som regel sterkt involvert i pasientens liv (Austrem, 2006). Schizofrenien debutterer gjerne i sen ungdomstid eller tidlig voksen alder, nettopp slik at den vanlige selvstendighetsprosessen blir forstyrret, og mange foreldre opplever slik sett å bli omsorgsgivere på ubestemt tid (Stiberg, 2006). Forskning og innblikk inn i pårørendes liv er svært viktig og til tider også opprivende lesning. De forteller i stor grad om vanskelige møter med helsevesenet (Austrem, 2006; Engmark et al., 2006; Johnson, 1990).

Det er flere som har koblet det negative forholdet mellom psykisk helsevern og pårørende til helsepersonells forståelsesmodeller for schizofreni. Spesielt har det blitt forklart med at eldre familieteorier har påvirket helsepersonell til å gi foreldrene skylden for pasientens lidelse (Bøckmann, 1998, Ferriter og Huband, 2003). Jeg synes det er flere teoretiske perspektiv enn det familieteoretiske, som fortjener en gjennomgang i forhold til hvilke holdninger til pasient og pårørende de kan tenkes å fasilitere. Og det er det som er formålet med en historisk fremstilling av ulike teoretiske forklaringsmodeller for schizofreni.

Hvorfor akkurat schizofreni? Denne oppgaven tar *utgangspunkt* i pårørende ved schizofreni, men er naturligvis ikke begrenset til denne diagnosen. Schizofreni fungerer som et nyttig eksempel på alvorlig psykisk lidelse, og har historisk sett vært en diagnose ulike teoretiske retninger har forklart på svært forskjellige måter, og der de pårørende selv har blitt sett på som direkte kausale aktører. Det har også derfor vært nærliggende å knytte de pårørendes negative erfaringer med psykisk helsevern direkte til de forståelsesmodellene som beskriver familien som årsak til schizofreniutvikling.

Det er mange andre diagnoser som kan være nyttige paralleller. De pårørende ved autisme for eksempel, der mor så lite flatterende ble kalt "kjøleskapsmoren" (Farrugia, 2009) impliserer også hvordan årsaksteorier kan få betydning for hvordan de pårørende blir møtt av det helsevesenet som skal hjelpe dem. Samtidig er det stor debatt i forhold til en økende diagnostisering, biologisering og medisinerings av for eksempel ADHD. Mange er kritiske til en økende sykdomstenkning rundt avvikende atferd og livsvansker. Fra USA kommer eksempler der biologiske forklaringsmodeller resulterer i at barn diagnostiseres og medikamentelt behandles for bipolar lidelse, noe mange norske psykologer stiller seg skeptiske til (Rimehaug og Bjerkan, 2008). Disse eksemplene viser tydelige potensielle dilemmaer knyttet til forståelsesmodeller, pårørende og psykisk helsevern.

Ut fra attribusjonsteori kan man tenke at man "skåner" de pårørende ved årsaksforklaringer som er biologisk basert og dermed fratar skyld for mangelfulle oppvekstvilkår, usikker tilknytning eller hva det nå måtte være av forståelsesmodeller som tillegger foreldre en kausal betydning. Etiologiske teorier om schizofreni har blitt knyttet til helsepersonells holdninger til pårørende (eksempelvis Bøckmann, 1998). Slik kan det bli nærliggende å anta at de som ser schizofreni som en direkte hjerneorganisk lidelse, vil tenke om og opptre annerledes overfor pårørende enn de som tror schizofreni forårsakes av dysfunksjonell familiekommunikasjon.

Denne oppgaven tar altså for seg hvordan schizofreni har blitt forstått og forklart i den psykologiske og psykiatriske litteraturen, og hvilke implikasjoner dette har hatt for hvilke holdninger familien har blitt møtt med.

Ved å se de ulike forklaringsmodellene i et sosialpsykologisk perspektiv, søker jeg en mer kompleks forståelse. Det er et hovedanliggende for denne oppgaven å se på hvordan

familien rundt et menneske med schizofreni har blitt forstått og møtt. Med historien i ryggen, kan vi således finne klarere frem til nyttige måter å forholde oss til familien på.

Intergruppeperspektiv: vår iboende tendens til oss-dem-tenkning

Pårørendes negative erfaringer med psykisk helsevern kan forklares på ulike måter og ulike nivåer. Jeg har festet meg ved beskrivelser av opplevelser som gjelder å ikke bli tatt på alvor, ikke bli trodd, og ikke bli anerkjent. Beskrivelser går på å bli ignorert, oversett, bli holdt utenfor, på avstand, og bli møtt med arroganse og bedreviten fra det apparatet som skal hjelpe (for eksempel Engmark et al., 2006). For meg vitner det om at det kan være *holdningene* de møter i psykisk helsevern som står sentralt i erfaringene deres, en antagelse som er i tråd med Kristoffersen (1998).

Er det virkelig slik at psykologer har negative holdninger overfor pårørende? Tar vi dem ikke på alvor? Stoler vi ikke på dem? Hvilke holdninger dreier det seg om? Hvor kommer de fra? Og hvordan kan de eventuelt modifiseres? Som nevnt har foreldre tidligere blitt sett som direkte kausale aktører ved schizofreni. Dette kan naturlig nok antas å påvirke psykologers og psykiateres holdninger til familien. Jeg tror ikke at forholdet mellom pårørende ved schizofreni og psykisk helsevern står og faller på "skyldspørsmålet", selv om også dette er et aspekt som fortjener diskusjon. Det kunne tenkes at de negative følelsene pårørende rapporterer i møtet med psykisk helsevern, kun resulterer fra gamle familieteoriens fortsatte innflytelse. Dersom helsepersonell ikke er oppdatert på den "nyeste" forskningen, risikerer de å attribuere skyld for lidelsen til foreldrene. Dersom dette var hele svaret, ville løsningen være innen rekkevidde. Da skulle det være tilstrekkelig å oppdatere helsepersonells forståelsesmodell av schizofreni, avlive gamle myter om foreldre som årsak, og resten ville gå av seg selv. Men fordrer andre forståelsesmodeller en mer verdig og respektfull holdning til pasient og pårørende?

Det er her jeg mener nytten av et intergruppeperspektiv kommer inn. Jeg vil gjennomgå psykiatri/psykologihistoriens ulike teoretiske retninger, og sammenligne dem ut fra et begrepsapparat hentet fra intergruppeperspektiv. Intergruppe har jeg oversatt direkte fra engelske "intergroup" (Hogg og Vaughan, 2011), og betydningen går på det som skjer *mellom* grupper. *Interpersonlig* peker på det som skjer mellom individer, og er et begrep som brukes

hyppig i norsk litteratur. Jeg vurderer derfor at en lignende direkte oversettelse på *gruppenivå*, kan være berettiget.

Intergruppeatferd kan defineres så bredt som ”enhver persepsjon, kognisjon eller atferd som er påvirket av folks bevissthet om at de selv og andre er medlemmer av distinkte sosiale grupper” (Hogg og Vaughan, 2011, s. 398, min oversettelse). Mens interpersonlig atferd har en større variasjonsbredde, slik at vi responderer mer fleksibelt i interpersonlige forhold, vil intergruppeatferd være preget av stereotype oppfatninger og atferd (Brown, R., 2001). Dette perspektivet i sosialpsykologien hevder at en stor del av sosial atferd er grunnleggende påvirket av de sosiale kategoriene vi hører til, og de makt og statusrelasjonene som eksisterer mellom disse kategoriene. Våre sosiale kategorier og forholdet mellom dem er ikke skrevet i stein, men er dynamiske, fleksible og foranderlige prosesser som endrer seg i forhold til sosiokulturell kontekst.

Er dette et relevant metaperspektiv på holdninger til pårørende i psykisk helsevern? Jeg mener det. Våre teorier vil i større eller mindre grad bidra til å produsere gruppeatferd. Psykologen er ikke fritatt fra sosial og kulturell kontekst; utdanning, teori, forskning og klinikk vil farge og bli farget av en rekke prosesser, deriblant gruppeprosesser. Psykologens teori eller forståelsesmodell vil påvirke hvordan hun tenker om seg selv som psykolog vis a vis ”dem”: pasienten eller pårørende. Psykologen handler ikke hovedsaklig interpersonlig overfor pasient og familien. Hun handler som representant for en gruppe, både gruppen ”psykologer” og den bredere gruppen ”psykisk helsevern”, som blant annet defineres av gruppens forståelse av alvorlig psykisk lidelse. Det er med disse sosiale identitetene at hun oppfatter, tenker om og handler vis a vis familien ved schizofreni. Forståelsesmodellen hennes for schizofreni og rollen foreldrene spiller i forhold til denne, vil ha betydning for hvordan gruppeprosessene utspiller seg.

Jeg tror dette perspektivet kan bidra til økt selvbevissthet i forhold til profesjonens forståelsesmodeller og holdninger. Det kan sette holdninger til pårørende i lys av menneskers iboende tendens til oss/dem - tenkning, en tendens psykologer heller ikke er fritatt. På denne måten kan dette perspektiv bidra til økt selvbevissthet, noe jeg anser som en nøkkelferdighet i klinisk arbeid. Å se sin rolle som psykolog i et intergruppeperspektiv kan være en måte å bevisstgjøre gruppeprosesser som påvirker en, se egen teori i dette lyset, og dermed være nærmere en aktiv motarbeidelse av intergruppeatferds negative konsekvenser. Med en større

bevissthet og kritisk forhold til egen profesjonell rolle, egne teorier og holdninger, vil man ha bedre vilkår for en verdig og respektfull behandling av pasient og pårørende.

Det negative forholdet mellom pårørende og psykisk helsevern er for utbredt i tid og sted til at det kan forklares ut fra interpersonlige forhold, eller ut fra en enkeltstående teori. Derfor er det relevant å analysere en oversikt av psykiatrihistoriens teorier om schizofreni ut fra en bredere sosialpsykologisk forståelse.

Problemstillinger, begreper og avgrensninger

Spørsmålene jeg stiller til teksten er følgende: Hvordan har forståelsen av familiens rolle ved schizofreni endret seg i psykolgisk/psykiatrisk teori? Og fra et sosialpsykologisk perspektiv, hvordan kan ulike forståelsesmodeller antas å henge sammen med behandlerens holdning til pasient og familie?

Det sosialpsykologiske begrepsapparatet jeg benytter i denne anledning er begreper som står sentralt for en gruppes holdninger overfor en annen gruppe. Jeg vil vurdere de ulike teoretiske retningene ut fra i hvilken grad, og med hvilken klarhet, pasient og familie blir kategorisert som utgruppe. Jeg vil se på hvilke stereotypier for pasient og familie som ligger i de ulike teoretiske retningene. Videre vil jeg se på hvilke attribusjoner om pasient og familie som framgår fra teorien. Fare for stigmatisering, essensialisme og dehumanisering, vil også bli vurdert der det er relevant. Et slikt teoretisk begrepsapparat, samt en historisk gjennomgang av ulike forståelsesmodeller, blir min metode for å belyse forholdet mellom behandlerens forståelsesmodell og holdningen til familien ved schizofreni.

Det er helt klart at denne oppgaven har krevd mange avgrensninger. "Familien" er i denne oppgaven nærmest synonymt med "foreldre". Når et familiemedlem utvikler alvorlige psykiske lidelser, vil det naturligvis ramme hele familien. Dessverre har søsken og barn av psykisk lidende tradisjonelt sett blitt "glemt" i pårørendelitteraturen. Jeg har bevisst måttet avgrense i forhold til dem, fordi størstedelen av min vinkling, eksempelvis i forhold til kausal betydning, har utelukket søsken og barn.

En annen nødvendig avgrensning har vært sammenhengen mellom forståelsesmodeller og behandlingsalternativer. Det har historisk vært en enorm bredde i behandlingstilnærminger til schizofreni, som har vært nært knyttet til ulike forståelsesmodeller og holdninger. Ulike

behandlinger vil påvirke familiene ulikt, og det er sannsynlig å tenke at behandlingen også vil påvirke holdninger til familien. Dilemmaene som oppgaven belyser, blir etter min mening tydelige nok, også uten å gå inn på ulike behandlinger som har vært knyttet til ulike forståelsesmodeller. Av plasshensyn avgrenser jeg derfor mot ulike behandlingsalternativer, med unntak av familieintervensjon, som ligger veldig nært oppgavens kjerne.

Det er en stor pågående debatt om schizofrenidiagnosens validitet. Det er uenighet i forhold til om ”sekkebegrepet” schizofreni rommer flere undergrupper som kunne vært delt inn i mer hensiktsmessige undergrupper. Jeg har avgrenset i forhold til en slik diskusjon, fordi jeg hovedsakelig benytter schizofreni som et eksempel på alvorlig psykisk lidelse. Jeg tror også at sammenhengen mellom forståelsesmodeller og holdninger til familien, kan belyses like godt uten en bredere diskusjon om schizofrenidiagnosens validitet. I tråd med en sosialkonstruksjonistisk tradisjon (Gergen, 1985) er jeg i denne oppgaven mest opptatt av implikasjonene av våre måter å organisere verden på.

Min fremstilling blir nødvendigvis selektiv og begrenset. Min intensjon er i større grad å belyse et fenomen fra en interessant vinkel, heller enn å gi en ”objektiv” og dyptgående fremstilling av psykologi/psykiatrihistoriens teorier om schizofreni. Jeg ser og vurderer historiske ”trender” løpende i forhold til holdninger til familien, ut fra et sosialpsykologisk perspektiv. Ståstedet for både fremstilling og vurdering er dagens samfunn. Det er en annen kulturell, sosial og politisk kontekst, enn de samfunn der de ulike teoriene oppstod. Min intensjon er ikke å være nedlatende, og jeg anerkjenner at de ulike teoretikerne var ”barn av sin tid”. Men med intensjon om å belyse forståelsesmodellens sammenheng med holdninger, tenker jeg at kritisk etterpåklokskap er nyttig. Det er dog viktig å poengtere at jeg i tillegg til en del original litteratur, også har basert meg på mye annenhånds litteratur, som sjeldent er teoretisk nøytral.

Klassisk psykiatrisk schizofreniforståelse: ”sykdom i hjernen”

Historiebøkene gir beskrivelser av alvorlig mental lidelse lenge før Kraepelin samlet schizofreni til en diagnose på slutten av 1800-tallet. Hippocrates, legevitenskapens far, så balanse i kroppsvæsker som bestemmende for mental fungering. Men i all hovedsak ble mental lidelse attribuert til besettelse av onde ånder, dyreånder og djevelen; det var en demonologisk forståelse av psykisk lidelse. I middelalderen lå en slik forståelse under det faktum at kvinner med det vi i dag mye mulig ville diagnostisert som schizofreni, ble stemplet som hekser og brent på bålet (Hinshaw og Cicchetti, 2000). Hva en slik forståelse betød for de pårørende kan vi bare gjøre kvalifiserte gjetninger om. Det overlater jeg til andre. Jeg har begrenset min gjennomgang til å starte med Kraepelin og schizofreniens fødsel som diagnose.

Klassisk psykiatrisk schizofreniforståelse vil samsvare med det mange omtaler som ”sykdomsmodellen”, eller en tradisjonell medisinsk forståelse av psykisk lidelse. Denne forståelsen vokste ut fra medisinen og bestod i en redefinering av galskap til sykdom. Denne endringen må sees i lys av en biologisk ”tidsånd”. Man oppdaget blant annet epilepsiens biologi, og bakterien som forårsaker syfilis-hjerneskode. Tanken var at man ville forstå psykisk lidelse, dersom man ble tilstrekkelig klok på hjernen. Jeg har valgt ut noen representanter for den klassiske psykiatriske skolen, som har hatt innflytelse på forståelsen og kategoriseringen av schizofreni. Som leseren vil oppdage, er det en bredde i *holdningen* overfor de alvorlig psykiske lidelsene, selv om de kan plasseres innen samme ”skole”. En diskusjon av dette, og en vurdering av den overordnede forståelsen for intergruppe-prosesser vil følge i oppsummeringen.

Kraepelins ”dementia praecox”

Man kommer ikke utenom Kraepelin når man skal ta for seg forståelsesmodeller for schizofreni. Hans arbeider med, og forståelse av schizofreniens ontologi har hatt enorm innflytelse. Han beskrev symptomene ved schizofreni, og delte dem inn i underkategorier, som fortsatt bærer stor grad av likhet med dagens inndelinger og beskrivelser. Fortsatt er

Kraepelins diagnostiske system selve hjørnesteinen i den tenkningen vitenskapelig psykiatri er bygget på.

”The age of the first biological psychiatry” har historiker Edward Shorter kalt siste halvdel av 1800-tallet (Bentall, 2003). En biologisk tidsånd er karakteristisk for Kraepelins forståelse av schizofreni som en lidelse på lik linje med de sykdommene han hadde erfaring med fra somatikken. Bentall hevder at Kraepelin, ikke Freud, er den mest sentrale figuren i psykiatrihistorien. Kraepelin så på mental lidelse som et gitt antall typer sykdom, med direkte biologiske årsaker, som kunne avdekkes dersom man kunne finne rett metode. Schizofreni var for han en distinkt sykdomsenhet med en enhetlig morbid prosess. Navnet han gav denne sykdomsenheten var ”dementia praecox”. Det betyr ungdomssenilitet og er beskrivende for hvordan Kraepelin så på sykdommen. Han antok at lidelsen var degenererende, uten mulighet for helbredelse.

Vi vet lite om hvordan Kraepelin så og vurderte familien rundt pasienten. Men Morel, en fransk psykiater, som Kraepelin ”lånte” navnet dementia praecox av var av den oppfatning at mentale lidelser, på samme måte som ”synd”, ble ført videre og økte med arv (i Bentall, 2003). En kan ane at avstanden mellom behandleren og familien var stor, og stigmatiseringen deretter.

Det Kraepelin gjør, er å lage et absolutt, kvalitativt skille mellom normalitet og galskap. Slik sett blir avstanden mellom psykiater og pasient stor. Pasienten blir et objekt, som det er noe grunnleggende galt med. Essensialisme er et passende begrep på Kraepelins kategoriske tilnærming. Det vil si at atferd blir tenkt å reflektere underliggende, uforanderlige, ofte medfødte egenskaper ved personer eller grupper de hører til (Haslam, Bastian og Bain, 2006). Det problematiske ved en slik essensialisme er jo nettopp at mennesker kan komme til å tilskrive stereotypiske negative egenskaper til utgrupper, og at disse egenskapene ses som essensielle og uforanderlige personlighetsattributter. Det er nærliggende å hevde at Kraepelins forståelse av schizofreni har hatt en forenkende effekt på psykiatriens teori og praksis.

Bleulers bidrag

Når man leser om Bleuler får man inntrykk av en annen holdning til psykisk lidende enn hva man ser hos Kraepelin. Bleuler beskrives som varm og åpen, og som en som brukte tid sammen med, og utviklet nære bånd til pasientene sine (Bentall, 2003).

I brev til Freud gir Bleuler uttrykk for eklektisme eller relativisme: "For me theory is only one new truth among other truths" og videre: "There is no ultimate truth" (Bentall, 2003, s. 22). Han reserverte seg blant annet mot Kraepelins karakterisering av de mest alvorlige psykiske lidelsene. Blant annet mente han at schizofreni og manisk-depressiv ikke var to ulike kategorier, men at forskjellen lå langs et kontinuum. Bleuler oppfattet *dementia praecox* som et villedende navn. Han mente det ikke dreide seg om demens, og at sykdommen *ikke alltid* debuterte i ungdomstiden (ikke alltid *praecox*). Han lanserte i stedet (det meget omdiskuterte) navnet schizofreni, eller "gruppen av schizofrenier" (Hoenig, 1983).

Bleuler antok at kjernen i lidelsen var en separasjon mellom ulike psykiske funksjoner, og introduserte de fire A'ene som schizofreniens viktigste symptomer: løse assosiasjoner, ambivalens, autisme og upassende eller avflatet affekt. Hallusinasjoner og vrangforestillinger anså han som tilleggssymptomer eller som reaksjoner på sykdommen. I likhet med Kraepelin tenkte Bleuler at schizofreni var en biologisk sykdom, og han hadde en hypotese om at den var forårsaket av abnormale metabolitter i blodet. Men, ulikt Kraepelin, opptok Bleuler seg også med symptomenes psykologi. Han var også opptatt av den store variasjonen mellom individer med diagnosen. Bleuler utvidet schizofrenibegrepet fra Kraepelins strikte kategorier, slik at en større bredde tilfeller ble inkludert som udiagnostisert schizofreni eller "latent schizofreni".

Bleuler trekker ikke noen absolutt grense mellom normalitet og galskap. Dette er vesentlig for forståelsen hans. Han gjør begrepet schizofreni videre, og grensene mer flytende. Han introduserer egentlig tanken om en mer dimensjonell tilnærming, i motsetning til Kraepelins klart kategoriske. Dette er en forskjell som også viser seg i beskrivelsen av de to mennene, der Bleuler beskrives med en annen *holdning* til pasientene.

For denne oppgaven, som har som utgangspunkt å undersøke sammenhenger mellom forståelsesmodell og forholdet til pårørende, er det noe med distinksjonen Kraepelin/Bleuler som er interessant. Begge hadde de en biologisk forståelse av schizofreni; Bleuler karakteriserte seg nærmest som en Kraepelin-tilhenger. Bleuler hadde jo også en meget direkte biologisk hypotese, at schizofreni kunne være forårsaket av abnormale metabolitter i blodet. Likevel, mens Kraepelin forholder seg til sine pasienter som objekter, ser Bleuler pasientene i større grad som subjekter. Mitt inntrykk er at Kraepelin i større grad ser ned på pasientene. Kanskje er han mer drevet av intergruppebias enn Bleuler, altså at han evaluerer utgruppen mer homogent og negativt.

Uavhengig av årsaksteori fremstår Bleuler som mer spiselig for nåtidens psykologer. Så var han jo mer eklektisk anlagt, og nærmere en dimensjonell kategorisering, som i sosialpsykologiske termer motvirker stereotypier og stigmatisering. Bentall (2003) oppsummerer forskjellen på Kraepelin og Bleuler på følgende treffende måte: "Whereas for Kraepelin the mad were subjects of scientific interest and scrutiny, for Bleuler they were fellow human beings engaged in the same existential struggles as the rest of the humanity, struggles that were made more difficult by their illness." (s.25).

Karl Jaspers og psykosens uforståelighet

Jaspers arbeidet i et medisinsk miljø der det var bred aksept for Kraepelins kategoriske tilnærming til mentale lidelser. Han mente at den vitenskapelige tilnærmingen ikke ga noe produktiv utfall for pasientene og beskriver en frustrasjon over få behandlingsmuligheter. "In view of the exceedingly small amount of knowledge and technical know-how, intelligent, yet unproductive psychiatrist took recourse to a sceptical attitude and to elegant sounding phrases of gentlemanly superiority" (Bentall, 2003, s 27). Slik beskriver Jaspers sin tids psykiatere.

Det er altså tydelig at Jaspers ikke tror psykiatrien på Kraepelins premisser, er på vei mot noe fruktbart for pasientene. Han tar et skritt tilbake og vil revurdere hvordan man tenker om psykisk lidelse, og setter spørsmålstegn ved sykdomstenkningen. Jaspers gikk blant annet i dybden av pasientenes levde liv, og deres subjektive opplevelser. Han prøvde å bringe det biologiske og psykologiske sammen. Jaspers er kritisk til den delen av psykiatrien som tror at om man finner ut alt om hvordan hjernen fungerer, vil man automatisk vite alt om psyken (Larsen, 2006). Imidlertid mente Jaspers at en pasients opplevelser kan forstås dersom de antas å oppstå meningsfullt fra personens personlighet og livshistorie. Nøkkelen til psykologisk analyse er derfor klinikerens empatiske forståelse av pasientens subjektive verden og livshistorie.

Men, Jaspers mente at det var noen tilfeller der empatisk forståelse ikke hjalp, og det ikke var mulig å linke symptomene forståelig til pasientens bakgrunn. Slike symptomer mente han bare kunne forklares ved at de var forårsaket av en underliggende biologisk lidelse. Dette var kjennetegnet ved psykosene, og det som skilte dem fra annen psykiatrisk lidelse: de var psykologisk uforståelige (Larsen, 2006). Som Bentall (2003) påpeker, introduseres en stor

grad av subjektivitet, da terapeutens empatiske forståelse blir en diagnostisk test. Er symptomene uforståelige, er pasienten psykotisk og lider av en biologisk lidelse.

Jaspers prøvde i sine arbeider å identifisere en rolle for psykologiske forklaringer i psykiatrien, men han endte opp med å gi ”galskapen” til biologene og hemmet psykologisk utforskning av psykosene.

Schneiders førsterangssymptomer

Schneiders karriere overlappet med Jaspers og var påvirket av den. Han hadde en pragmatisk tilnærming til spørsmålet hvem som var gal og hvem som ikke var det. Han tok tak i problemet med å diagnostisere og differensialdiagnostisere schizofreni. Hans strategi var å identifisere de karakteristikkene som var spesielle for lidelsen, og hva som derfor ville være en bra guide for klinikerne. Altså, kom han frem til førsterangssymptomene. Dette var former for hallusinasjon, vrangforestillinger og passivitetsopplevelser, eller det som ofte kalles positive symptomer. Disse skilte seg fra andrerangssymptomene, som vi i dag gjerne omtaler som negative symptomer. Schneider mente det var viktigere å fokusere på *form* enn *innhold* av pasientens opplevelse. Meningen av symptomene var altså irrelevant for diagnostikeren. Det var i det hele tatt få innen psykiatrien som tenkte at et var noen mening eller fornuft i psykotiske symptomer (Macalpine og Hunter, 1955).

Valget av førsterangssymptomer var i hovedsak et pragmatisk valg, fordi disse symptomene var lett gjenkjennelige; en pasient med disse symptomene ville sannsynligvis lide av schizofreni. Schneider var ikke sikker på om dette var schizofreniens kjernesymptomer. Men slik Schneider har påvirket psykiatrien, har han blitt tolket dit hen at han hadde funnet en mer presis måte å identifisere ”real case” schizofrenier. Det ble et økt trykk på hallusinasjoner og vrangforestillinger, i stedet for de intellektuelle og emosjonelle forstyrrelsene som var fokus for Kraepelin og Bleuler. Bleuler så de positive symptomene som assosiert med, men ikke bestemmende for schizofreni. Utviklingen fra Schneider ble at de positive symptomene fikk forrang og fokus. Fortsatt er Schneiders førsterangssymptomer listet opp i diagnosemanualene (ICD-10; DSM IV), som sentrale kriterier for schizofreni (WHO, 1993; APA, 1994).

Adolf Meyer og tidlig diagnosekritikk

Meyer nevnes gjerne som en av de som introduserte psykoanalysen til USA, og han var entusiastisk over Freuds teorier, men var også en utbredt eklektiker, ”embracing whatever new came along” (Edward Shorter i Bentall, 2003, s. 45). Han forsøkte å integrere Kraepelins tanker med Freuds teori, og han var en av dem som introduserte begrepet *dementia praecox* til USA.

Selv om Meyer på sine yngre dager var meget positiv til Kraepelins tilnærming (Meyer, 1906), ble han med tiden økende skeptisk til nytteverdien av diagnostisering. Det viser følgende sitat: ”We should give up the idea of classifying people as we do plants” (i Bentall, s.45). Han så at kategoriene ikke gav rettferdighet til kompleksiteten i pasientenes problemer, deres individuelle historie, og de sosiale omstendighetene problemene oppstod i. Meyer stod for en holistisk tilnærming til psykiatrien, der biologiske, psykologiske og sosiologiske tilnærminger var like viktige.

Meyer (1910) beskriver den biologiske ”vinden” fra siste del av 1800-tallet og til begynnelsen av 1900- tallet som iherdige forsøk på å finne anatomiske årsaker til all morbiditet. Han vil i stedet få ”commonsense” psykologien på trygg grunn, den som medisinen har forlatt. ”When we have all the facts, they are apt to rank fairly plainly as exaggerations of relatively normal reactions, as is the case of many depressions and delusional states” (s. 386).

Bildet i sin helhet utgjør diagnosen, ikke enkeltelementer. Meyer har ikke troen på noen patognomiske fakta. Han ønsker mindre dogmatisme og mer fleksibel helhetstenkning. Han ser på psykisk lidelse som manglende effektiv tilpasning til konkrete og faktiske vanskeligheter.

Nazitiden i Tyskland

Under nazitiden i Tyskland falt psykiatrien til sitt absolutte bunnpunkt, med først sterilisering og siden forsøk på utryddelse av egne pasienter. Dudley og Gale (2002) mener at profesjonell status ser ut til å ha fasilitert heller enn hindret overgrep, og at psykiatere var overrepresenterte i mordprogrammene. Schneider advarte mot sterilisering og «dødshjelp» fordi det kunne gjøre psykiaterne arbeidsledig, hvilket sier mye om holdningene til

pasientene. En del psykiatere drev sannsynligvis med indirekte motstand ved å skrive ut pasienter, rediagnostisere, pensjonere seg tidlig eller flytte. Men Dudley og Gale skriver også at blant alle protestbrevene myndighetene mottok angående drapene på mentalt syke pasienter, er ingen av dem kjent å være skrevet av psykiatere.

Et unntak fra “standen” må det dog lages plass til: En fransk psykiater, Adelaide Hautval ble deportert til Auschwitz fordi hun insisterte på å bære gul stjerne i sympati med jødene. Hun nektet å delta i tvangssterilisering. Etter sigende spurte SS lege Wirths henne om hun ikke kunne se at disse menneskene var annerledes enn henne. Da svarte hun etter sigende: ”There are several other people different from me, starting with you” (Gilbert, 1997, s 159-160). Det er nettopp intergruppetenkingen psykiateren her vil ha seg frabedt. Hun godtar ikke å være i felles inngruppe med doktoren. Han er ikke mer lik henne enn ”disse menneskene”. Hun er heller ikke med på at forskjellighet legitimerer behandling. Det er også et viktig punkt i denne oppgavens henseende.

Den dominerende forståelsen av schizofreni, var at den var en somatisk sykdom. Den var en organisk, kronisk og degenererende hjernelidelse, uten mulighet for kurering. Blandet med en sosialdarwinistisk ”survival of the fittest”-ideologi, gav det gode rammevilkår for en dehumanisering av pasientene. Når det gjelder pårørende, er det nærliggende å tenke at fokuset på genetikkk førte til utbredt stigmatisering, og at pårørende lot være å kontakte psykiatrien for potensielle pasienter. Pasienten ble et problem det gikk an å kvitte seg med, og ble også et eksperimentelt objekt i ordets mest direkte og gyselige form. Eugenetikkbewegelsen hadde sitt utspring i reduksjonistiske, genetiske forklaringer på psykisk sykdom (Lombardo, 2010). Nazitiden står som et skrekkeksempel på et intergruppebias, med så kraftig devaluering av utgruppen at det menneskelige ved den er helt borte.

Oppsummering og vurdering av klassisk psykiatrisk schizofreniforståelse

Det er ingen tvil om at psykiatrien har en problematisk historie, med nazitiden i Tyskland som et absolutt bunnpunkt. Denne oppgaven er avgrenset til ikke å omfatte ulik psykiatrisk praksis, som har sprunget ut av en forståelse av schizofreni som en direkte organisk lidelse. Det kan likevel kort nevnes at for eksempel lobotomering, blodtapping, eller elektroshokk uten anestesi var ansett som vitenskapelig baserte behandlinger. Noen kritiske røster sammenligner

en overdreven bruk av nevroleptika med slike behandlingsformer fra den tidlige psykiatrien (Tranøy, 1995).

Den klassiske medisinske forståelsen, med Kraepelin som tidlig representant, sidestiller schizofreni med annen somatisk lidelse. "De schizofrene" kategoriseres i essensialistiske termer. Gruppen "dementia praecox" kategoriseres som en type demens, og grensen mellom normalitet og galskap blir en absolutt grense. Dette skjer i en tid der psykiatrien er i sin spede begynnelse, og kan tenkes å streve etter en felles identitet, anerkjennelse og prestige.

Bleuler holder seg også til en biologisk årsaksforklaring, men holder ikke like hardt og kategorisk på et absolutt skille mellom normalitet og galskap. Han har en mer dimensjonell tilnærming, og mer flytende grenser mellom hvem som er i gruppen, og hvem som er utenfor. Den sosiale kategoriseringen blir ikke så definitiv, og grensene mellom "oss" og "dem" ikke like distinkte.

Jaspers løser opp gamle gruppeskiller, men lager samtidig nye. Han myker opp grensene mellom normalitet og de «lettere» psykisk lidelsene, men lager en meget bastant og klart definert utgruppe. Psykosene gis den ultimate dommen å være psykologisk uforståelig og utilgjengelig for empati. Her har holdningene gått over i diskriminering. Schneider utvikler "objektive" grenser for Jaspers skille, og beskriver kriteriene for gruppemedlemskapet. Uforståeligheten ved psykosene, det meningsløse, og den absolutte grense mellom psykosene og "det andre" kan resultere i en degradering av personen bak diagnosen. Under Tysklands nazitid kommer essensialismen og dehumaniseringen frem i all sin grusomhet.

Selve diagnostiseringen som utgår fra den medisinske modellen er en sosial kategorisering, hvilket står helt sentralt i intergruppeatferd. Ut fra psykiatriens diagnostisering defineres en distinkt og klart definert utgruppe. "Vi" begynner å tenke om "dem" ut fra deres gruppemedlemskap. Kategoriseringen er gjennomført, og stereotypisk tenkning blir resultatet. Det er likheten i gruppen, ikke de individuelle kjennetegnene, som blir det viktige og det fremtredende. Hvorfor skulle man ellers utrede med siktemål på å komme frem til en diagnose?

Den klare kategoriseringen av lidelsen, og grensetrekkingen mellom oss og dem, er av betydning for holdningen til pasienten. Imidlertid ser det ikke ut til at organisk

årsaksforklaring har en lineær sammenheng med holdninger. Bleuler hadde tro på en organisk årsak, men likevel så og anerkjente han det fellesmenneskelige ved sine pasienter. Forskjellen ligger kanskje i en rigid og enkel versus en fleksibel og kompleks tenkning.

Det blir et gjensyn med den medisinske modellen, når ”den andre biologiske bølgen” kommer inn over psykologifeltet lenger ut i kronologien. Jeg vil da også vurdere hvilke attribusjoner om pårørende som følger av en biologisk orientering i forhold til schizofreni.

Psykoanalytisk teori om schizofreni: mors betydning

Fra psykoanalytisk hold har det vært kontrovers om hvorvidt psykoser er forårsaket av uoppdagede fysiske årsaker eller om de er psykogene av natur (Rycroft, 1995). I henhold til klassisk teori er psykosene, uansett etiologi, utilgjengelige for psykoanalytisk behandling. Dette fordi psykosene er narsissistiske lidelser, og pasienten derfor ikke evner å inngå i overføringer. Den schizofrene pasienten har trukket tilbake libido fra mennesker og ting i den eksterne verden, og er i stedet rettet mot ego (Freud, 1914/1986).

Freuds reservasjon fra schizofreni, og paranoia som ubevisst homoseksualitet

Det var Freud som introduserte ideen om at psykologiske lidelser var konsekvenser av uløste problemer i barndommen, men han gav uttrykk for at hans studier ikke hadde som hensikt å dekke dementia praecox. Freud (1914/1986) lagde et kategorisk skille mellom nevrososer og psykoser. Nevrosene hadde opphav i sinnet og kunne behandles med psykoterapi. Psykosene derimot, var tenkt å komme fra en hittil uoppdaget hjernepatologi, slik at symptomene var tilfeldige og uten signifikans. Freud fulgte altså Jaspers i tanken om psykosenes uforståelighet.

På tross av reservasjonen fra schizofreni gjorde Freud (1911/1986) en analyse av den kjente selvbiografien til Schreber, som av mange antas å ha lidd av paranoid schizofreni. På denne, og flere andre måter, forvirrer Freud terminologien ved å være inkonsistent (Macalpine og Hunter, 1955). Han ser Schreber som lidende av paranoia, og ser paranoiaen som et utslag av ubevisst homoseksualitet. "Den psykoanalytiske teori om psykoser" blir i psykiatrien etter hvert en teori om uakseptabel, ubevisst homoseksualitet, uavhengig av Freuds intensjon (Rossi, Delmonte og Terracciano, 1971). Han introduserer også familien i den grad at han foreslår at pasientens bisarre forhold til faren spiller en rolle i Schrebers vrangforestillinger. Altså motsier Freud seg selv og fører psykosen tilbake til det han har beskrevet som nevrosenes opphav (Bentall, 2003).

Freud frarådet psykoterapi med pasienter med schizofreni: "they become inaccessible to the influence of psychoanalysis and cannot be cured by our efforts (Freud, 1914/1986, s. 74)".

Pasienter med psykoser ble også i stor grad holdt utenfor psykoanalytisk behandling (Mitchell og Black, 1995).

Harry Stack Sullivan: fra intrapsykisk til interpersonlig

Det ble etter hvert stor bredde under den store paraplyen av psykodynamiske orienteringer. Felles var forankringen i at psykiske vansker i voksen alder hadde røtter i tidlig barndom. Med henblikk på familien ved schizofreni er det noen navn det kan være relevant å trekke frem. Harry Stack Sullivan flyttet fokuset fra det intrapsyiske til det interpersonlige. Han kommenterer i 1927 på viktigheten av “hospital family” som velmenende substitutter for den virkelige familien (Nichols og Schwartz, 2008). Han førte ikke ideen videre til å inkludere familien i terapien. Det ble det systemikerne, dog sannsynligvis påvirket av Sullivan, som skulle gjøre. For han var det i utgangspunktet familien som hadde forårsaket problemene, men terapien ble rettet mot pasienten, ”offeret”. Sullivan anerkjente viktigheten av familieliv ved schizofreni, men han anså familien som et patogent miljø som pasienten måtte fjernes fra (Nichols og Schwartz, 2008).

Winnicott: ”the good enough mother”

Winnicott var opptatt av det fasiliterende barndomsmiljøet og ”the good enough mother”. I hans teori kan bare et barn som er oppvokst i et adaptivt miljø, tilpasse seg senere miljøers krav. Han mente at problemer i tidlige intime forhold kunne skade barnets kapasitet for autentisk subjektivitet. Det klassiske eksempelet på miljøsvikt er moren som ikke greier å være god nok. Hun får ikke møtt spedbarnets behov og fantasier, men ender i stedet opp med å presse sin egen psykiske virkelighet på spedbarnet (Kirshner, 2011). ”The False Self” utvikler seg som respons på en deprimert mor som ikke greier å se barnet, men heller krever at barnet ser og føyer seg etter hennes eget depressive humør.

Winnicott kan sies å være én blant mange som har vært svært opptatt av mor, og som har lagt byrde på mødre av barn det ikke har gått så bra med. Ikke bare får mor skylden for barnets forstyrrede utvikling, men hun anses også som så mektig at hun egenhendig er bestemmende for barnets fremtid og psykiske skjebne (Kirshner, 2011).

Fromm-Reichmann og den schizofrenogene mor

”Psychoanalysts know that all manifestations of the human mind are potentially meaningful. This refers equally to the psychotic manifestations of the disturbed schizophrenic while awake and to the transitory psychotic products of the mentally healthy dreamer while asleep” (Fromm-Reichmann, 1948, s. 263).

Sitatet er hentet fra Fromm-Reichmanns klassiske artikkel ”Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychanalytic Psychotherapy”, mest kjent for introduksjonen av begrepet ”den schizofrenogene mor”. Sitatet vitner om en forståelse av pasienten med schizofreni som står i en klar motsetning til det jeg har kalt for klassisk psykiatrisk forståelse. Fromm-Reichmann er en av psykoanalytikerne som anerkjenner det meningsbærende ved psykosen og dennes mulige tilgjengelighet. På den måten myker hun opp det klassiske psykoanalytiske skillet mellom nevrose og psykose. Dette mens mange psykoanalytikere banet vei for en ikke-psykologisering av psykosene (Bentall, 2003).

Fromm-Reichmann skriver også at ”the recovery of many schizophrenics depends upon the psychotherapist’s freedom from conventional attitudes and prejudices.” (s.273). Implisitt ligger en kritikk av holdningene i psykiatristanden, mens hun selv jobber imot fordommer mot pasienten. Samtidig er hun med og tegner opp et fordomsfullt bilde av en annen (ut)gruppe: mødrene til pasienter ved schizofreni. Mor ble typologisert som dominerende, aggressiv og avvisende, spesielt når hun var gift med en passiv ”dørmatte”-mann. Til sammen utgjorde det den patologiske foreldreomsorgen som forårsaket schizofreni. Dette var i flere tiår en psykoanalytisk ”sannhet”. I dagens lys er disse betegnelsene meget nedsettende, og de vitner om en stereotyp og forutinntatt holdning til pasientens foreldre.

Oppsummering og vurdering av psykoanalytisk forståelse

Bredden i det psykoanalytiske og dynamiske feltet er stor, og teoriene spriker i flere retninger. Likevel kan man generelt si at pasienten (dersom han blir akseptert for terapi) blir forstått i sin livshistorie, og blir *forståelig* gjennom denne. Det representerer den store endringen i forståelse sett i sammenligning med den klassiske psykiatriske forståelsen. Symptomene er ikke tilfeldige bieffekter av organisk sykdom, men er meningsbærende og har en funksjon.

Foreldrene, derimot, blir tegnet opp som en klar utgruppe. Stereotypiene knyttet til dem, presenteres gjerne som sannheter, som i følgende sitat: “In the childhood of future schizophrenics this basic trust is defective, because the parents are very rejecting or too anxious or somehow grossly inadequate in their parental role” (Arieti, 1962, s. 115).

En forstyrret sønn eller datter blir det ugjenkallelige beviset på foreldrenes, eller i all hovedsak mors mangelfulle omsorg. Tilstedeværelsen av en forstyrret sønn eller datter er medlemskapskortet i en utgruppe, som psykoanalytikerene vet det som er verdt å vite om. Etter kategoriseringen eller plasseringen av foreldrene, vekkes en rekke stereotypier. Ikke bare har mor skyld i utviklingen, hun sees som egenhendig helt avgjørende for barnets videre psykiske tilpasning (Kirshner, 2011). Utgruppen er en kategori med helt tydelige grenser, da den er avhengig av barnets diagnose, og evalueringen er i tråd med utgruppebias: homogen og negativ. Fordommene vekkes automatisk med barnets nærvær i psykiatrien. At man etter en slik kategorisering automatisk søker og fremhever stereotypibekreftende informasjon, er et kjent sosialpsykologisk fenomen (Hogg og Vaughan, 2011).

Endringen av kausal attribusjon fra biologi til oppvekstmangler kan antas å tjene et kjent attribusjonsfenomen. ”Just world” –hypotesen går ut på at mennesker attribuerer skyld til offeret. Vår illusjon om en stabil og forutsigbar verden styrkes ved at vi tror at gode ting skjer med gode mennesker, og dårlige ting med dårlige mennesker. I dette lyset kan det være hensiktsmessig for psykologens egen psyke å tenke at foreldrene er skyld i barnets lidelser. Da blir verden litt mindre tilfeldig, og sjansene for alvorlig psykisk lidelse hos egne barn, (barn av inngruppen) mye mindre sannsynlig.

Kort oppsummert ligger det potent i denne forståelsen en offer-tenkning, med resulterende empatisk forståelse av pasienten, men en kategorisk og stereotyp forutinntatthet knyttet til foreldrene, og da særlig til mor. Svaret om henne ligger i barnets psykiske lidelse.

Systemperspektiv: den schizofrene familien

Systemperspektivet vokste frem som en motvekt til den etablerte psykiatrien. Skiftet fra individperspektiv til systemperspektiv kan kalles et paradigmeskifte, med et nytt grunnlag for å forstå menneskelige problemer. Mens psykoanalytisk tenkning hadde et lineært syn på forholdet mellom foreldre og barn som utviklet schizofreni, skulle systemperspektivet introdusere en mer sirkulær forståelse. "Skylden" for schizofrenien var fra psykoanalytisk hold allerede lagt på foreldrene, så det var i utgangspunktet ikke det som representerte familieteoretikernes store sprang. Men schizofrenien ble flyttet fra individet til familien; det var systemet som var sykt eller schizofrent, og det var behandling av systemet som representerte løsningen. Det ble imperativt at familien ble med i behandlingen, eller rettere sagt var familien objektet for behandling.

Systemteoretikerne kastet seg over familier med medlemmer med schizofreni, fordi de observerte at disse familiene hadde dramatisk merkelige interaksjonsmønstre. Det var utifra forskning på schizofreni at familierapi ble etablert som en retning (Nichols og Schwartz, 2008). Til å begynne med gav det overdrevent håp om at familierapi kunne kurere slike problemer. Selv om familierapeutene var de første til å direkte observere familienes interaksjoner, var det ikke de som først "oppdaget" familielivets betydning for schizofreni. De videreførte egentlig spekulasjonene fra psykoanalytisk hold.

Det var noe grunnleggende annet med familieteoriene. Til tross for at de ofte blir beskrevet som å "legge skylden" på foreldrene, har eksempelvis Bateson (1991) påberopt seg at en slik skyldfordeling var utilsiktet, og at teorien var basert på en fundamentalt annerledes epistemologi, og ikke ment som en kausal teori. Systemtenkningen bygget på Lewins *ahistoriske feltteori* som nettopp ønsket å flytte fokus fra der og da til her og nå (Nichols og Schwartz, 2008). Uansett forvirring rundt epistemologi: resultatet var unektelig en stempling av foreldrene i klart stereotypiske former. Det er denne feilslåtte intensjonen Nichols og Schwartz kommenterer på i følgende sitat: "the official story of family therapy is one of respect for the institution of the family, but maybe none of us ever quite get over the adolescent idea that families are the enemy of freedom." (s. 12).

Det hadde lenge vært kjent at schizofreni ”gikk i familier”. Mens man tidligere hadde forklart dette med en biologisk disposisjon, tenkte man nå denne ”arvbarheten” kunne forklares ved at lært atferd passerer nedover generasjonene (Combs og Mueser, 2007).

Jeg presenterer kort de tre mest innflytelsesrike familieperspektivene på schizofreni, og ser også på dagens systemperspektiv ved å presentere Expressed Emotion-tenkningen og familieintervensjoner ved schizofreni.

Bateson og doublebind

Bateson (1991) beskriver dobbelbind som en situasjon der barnet er utsatt for inkongruente beskjeder som krever av han å systematisk forvrengte og fornekte viktige aspekter ved ham selv og hans opplevelser. For Bateson er schizofreni noe som viser seg i interaksjon mellom mennesker. Tidlig i sin teoretisering bruker Bateson og gruppen hans (Bateson, Jackson, Haley og Weakland, 1956) begrepene ”victim” om pasienten og «binder» om mor/foreldre. Han ble kritisert nettopp for å legge skylden på mor, og gikk etter hvert tilbake på begrepsbruken sin (Ølgaard, 2006). Imidlertid svarer han med at det viktige ikke er hvem som er i hvilken rolle med hensyn til offer og skyldfordeling. Poenget er at de er viklet inn i et nett av ugunstig kommunikasjon, som de ikke kommer ut av. Jackson (1965) poengterer dette: ”there is no possible response to a double bind *except* an equally or more paradoxical message, so if neither can escape the relationship, it can be expected to go on and on until it matters little how it all got started.” (s. 2).

Lidz: fars rolle og ekteskapelig konflikt

Lidz utfordret den daværende oppfatningen om at mors avvisning var hovedkarakteristikken ved schizofrene familier. Han hevdet at det ofte var fars destruktive påvirkning som var sentral. Lidz, Parker og Cornelison (1956) beskriver ulike patologiske farsmønstre i familier med schizofreni. Far blir typologisert som dominerende og autoritær, i konstant konflikt med barnets mor. Eller så er han fiendtlige mot barna og rivaliserer om mors oppmerksomhet. En annen variant er den fjerne og distanserte faren. Lidz et al. konkluderer med at det må være bedre å vokse opp uten far, enn med en som er svak og distansert, og dermed ingen sunn modell for identifikasjon.

Etter å ha beskrevet patologi i farsfiguren, rettet Lidz oppmerksomheten mot ekteskapelige forhold (Lidz, Cornelison, Fleck et al. 1957). Et underliggende tema er mangel på rollegjensidighet. I familiene Lidz studerte fant han at ektefellene ikke greide å fylle egne roller og unnlot å støtte den andres. Han identifiserer to typer ekteskapelig konflikt. Det første mønsteret var "marital schism". Her er det mangel på rollegjensidighet. Paret underkutter kronisk hverandres verdi og konkurrerer for barnets affeksjon. Ekteskapet er en krigssone. Det andre mønsteret er "marital skew". Her er det seriøs psykopatologi, og en partner dominerer den andre. Den ene later til å være en sterk foreldrefigur, men er egentlig en patologisk bølle. Den svake parten, vanligvis faren, blir svært avhengig og godtar de patologiske forvrengningene til den dominerende parten. I alle disse familiene, slites ulykkelige barn i lojalitetskonflikter, tynget av presset ved å balansere foreldrenes vaklende ekteskap.

Dell (1980) oppsummerer treffende: "In short, Lidz position on schizophrenia is an elaboration of the ways in which neurotic, narcissistic parents sacrifice their children in the service of maintaining their own precarious adjustment." (s.322).

Wynne og pseudomutalitet

Wynne, Ryckoff og Day et al. (1958) undersøkte også effekten av kommunikasjon og familieroller ved schizofreni, og spesielt hvordan patologisk tenkning smitter i familien. De begynte å treffe familien til terapi to ganger i uken, og ble slått av at de hadde rare, uekte kvaliteter ved både positive og negative emosjoner. "Pseudomutalitet" ble lansert som et begrep. Det skulle fange familiemedlemmenes utstrakte tro på at deres egne forventninger og atferd samstemte med de andre familiemedlemmenes forventninger og atferd. Pseudomutalitet er en fasade av samhold som maskerer konflikt og blokkerer intimitet. Familier med pseudomutalitet har en frykt for uavhengighet eller selvstendighet. De er så opptatt av å passe sammen at det ikke er rom for separate identiteter eller divergerende egeninteresser. I følge teorien kan disse familiene ikke tolerere verken dypere, ærligere forhold, eller uavhengighet. Intens og varig pseudomutalitet var i følge Wynne et al. karakteristisk for familier der et medlem etter hvert utvikler schizofreni, men pseudomutalitet ble ikke ansett å være unikt for schizofreni.

Familiens rigide rollestruktur er beskyttet ved at familien isolerer seg sosialt; de godtar bare obligatorisk ekstrarfamiliær involvering. Wynne et al. linket avvikende kommunikasjon med tankeforstyrrelsesbegrepet. Han så kommunikasjon som en måte å overføre tankeforstyrrelser på. Wynne et al. undersøkte familier og fant at tankeforstyrrelser også var å finne i familien ved borderline, nevroses og normale, men at de da forekom mye sjeldnere. Det var altså en tendens til en dimensjonell tenkning, sammenlignet med en rent kategorisk tilnærming.

Expressed Emotion og familieintervensjoner

De tidlige familieteoretikerne antok at de hadde funnet frem til flere familiefaktorer som de mente var særegne for schizofreni. Men å dokumentere at dysfunksjonell familiekommunikasjon *forårsaket* schizofreni viste seg vanskelig. Karakteristikk ved kommunikasjonen kunne like gjerne være *resultater* av å ha et medlem i familien med schizofreni. Forstyrret kommunikasjon kunne også forklares ved felles genetikk, det vil si at foreldrene også hadde mindre, men relaterte vansker.

På det systemiske feltet ble tanken på at familien spilte en rolle i sykdommens *forløp* og *utfall* værende. Dette sprang ut fra observasjonen om at mange som ble skrevet ut etter psykisk behandling, fikk tilbakefall kort tid etter at de hadde flyttet hjem igjen til familien (Brown, Monck og Carstairs et al. 1962). Fokuset på familien som årsak, ble endret til å vurdere familiemiljø som potensiell medierer av sjansen for tilbakefall. Dette lot seg også dokumentere.

I dag er det bredt dokumentert at emosjonelle karakteristikk ved det familiemiljøet pasienten skrives ut til, er nyttige prediksjonsfaktorer når det gjelder tilbakefall og reinnleggelser (Hooley, 2007). Nøkkelelementene ved Expressed Emotion (EE) er fiendtlighet, kritikk, og følelsesmessig overinvolvering. Det er til sammen et mål på familiens emosjonelle klima. En av hensiktene med familieintervensjoner er å få redusert nivået av EE i familien. Det kan resultere i en reduksjon av familiens byrde og en bedring av pasientens funksjonsnivå. EE- nivået hos mødre til barn med schizofreni ser ut til å ha en sterk sammenheng med kunnskap om sykdommen, problemløsningsevner, kommunikasjonsevner og mestringsstrategier (Koolae og Etemadi, 2010).

Effekten av familieintervensjoner ved schizofreni er godt dokumentert. Sannsynligvis har det sammenheng med flere faktorer, blant annet familiebyrde og EE. Disse begrepene henger også sammen, slik at det ene korrelerer med det andre (Scazufca og Kuipers, 1996). Dårligere mestring, gir sannsynligvis mer fiendtlighet, kritikk og overinvolvering.

Familien har hovedsakelig blitt inkludert i behandlingen gjennom psykoedukasjon og familieterapi. Effekten er ikke-spesifikk, slik at man ikke ser store forskjeller på hvordan familien inkluderes i behandling (Schooler, Keith og Severe et al., 1995). Det viktigste ser ut til å være at de inkluderes, og at de inkluderes over tid. Spesielt ser det ut til at de intervensjonene som varer lenger enn 3 måneder har effekt.

I meta-analysen til Pitschel-Waltz, Leucht og Bäuml et al. (2001) rapporteres en 20 prosents forbedring på tilbakefallsrate innen det første året. Ulike, omfattende intervensjonsprogram oppnådde like resultater. Sannsynligvis har det effekt både på pasientens forløp, og på reduksjon i subjektiv byrde og expressed emotion. Velinformerte pårørende kan hjelpe til med pasientens opprettholdelse av behandlingen. Familien vurderes som tilbyder av ”kontekst-avhengig læring”, som ikke lett lar seg erstatte.

Denne meta-analysen konkluderer med at familieintervensjoner (av ulikt slag) er effektive for å redusere tilbakefallsrate og rehospitaliseringer, noe som har klare kliniske implikasjoner. Effektstørrelsen korrelerte med varigheten av intervensjonen. Noen få timers undervisning var ikke tilstrekkelig for å påvirke tilbakefallsraten betydelig. Fellesfaktorer i terapi kan forklare hvorfor det ikke var signifikante forskjeller mellom ulike familieintervensjoner med lik varighet.

Oppsummering og vurdering av familieteoriene

De tidlige familieteoriene ser på pasientens symptomer som en funksjon av dysfunksjonelle familieinteraksjoner. For behandleren gir pasientens symptomer mening når man ser dem i familiekonteksten. Eksempelvis kan pasientens symptomer beskytte foreldrene fra å ta tak i egne problemer, eller pasienten med schizofreni er syndebuggen fordi familien ”trenger” et sykt medlem.

Fokuset på symptomenes mening og funksjon i familiesammenhengen på en slik måte, medfører en mistenkeliggjøring og sykkeliggjøring av familien. Man kommer ikke utenom at

familieterapeutene på 50-tallet bedriver en omfattende stigmatisering av foreldrene til pasienter med schizofreni. De kategoriserer familien som ”dysfunksjonell” og vurderer dem på en karakteristisk ”utgruppe-måte”: homogent og negativt.

Selv om familieteoretikerne ønsket en sirkulær kausalitetstenkning, fremlegger de teorier som viser familiens lineære påvirkning på pasienten. Med beskrivelser av foreldre som avvisende, overbeskyttende eller dobbeltbindende, blir teoriene vis a vis foreldrene tydelig reduksjonistiske. Informasjonen er i tillegg basert på anekdoter og kasusstudier.

På en måte introduserer de tidlige familieterapeutene et mer humant syn på pasienten med schizofreni. Denne er ikke lenger kategorisk ”annerledes”, lidende av en hjernesykdom. Pasientens symptomer er ikke meningsløse, men meningsbærende og med visse funksjoner. Konteksten symptomene oppstår i, vies oppmerksomhet, og symptomene får mening når man ser dem i lys av familien. Samtidig faller familieteoriene i en reduksjonistisk og overgeneraliserende felle med en ny kategorisering, denne gangen av foreldrene, og holdningen til familien er kategorisk skyldinduserende. Dette medvirker sannsynligvis til familienes observerte motvilje mot input og endring; familien var jo allerede forhåndsdomt ut fra sønnen eller datterens lidelse. Terapeuten sto ”over ” familien. Nichols og Schwartz (2008) beskriver familieterapeuten som en ridder ute etter å redde ”den identifiserte pasienten” fra de drepende familieinteraksjonene.

Det kan nærmest virke som at familieterapeuten former en inngruppe med pasienten mot ”utgruppen” foreldrene. Mens pasienten med schizofreni (i terapissammenheng) nyter godt av å være i inngruppe med terapeuten, med medfølgende inngruppefavorisering, er de pårørende redusert til utgruppe med de konsekvensene det har for evaluering.

Ferriter og Huband (2003) antar at selv om disse forklaringsmodellene har mindre påvirkningskraft på helsepersonell i dag, så er de fortsatt gjeldende blant «folket». Et uunngåelig resultat av slike modeller er naturligvis skyldfølelse hos foreldrene. Det er flere som har hengt både foreldrenes utbredte skyldfølelse, og det dårlige forholdet til psykisk helsevern på disse familieteoriene (Engmark et al., 2006; Torgalsbøen, 2001b).

Dagens familieintervensjoner, og fokuset på Expressed Emotion skiller seg fra 50 og 60-tallets systemtenkning på flere måter som er relevant i intergruppeperspektiv. Den homogene evalueringen av utgruppen pårørende er redusert. Det anerkjennes at miljøene

rundt pasienter med schizofreni er ulike. Vurderingen kommer *etterpå*, den ligger ikke ferdig ut fra gruppemedlemskapet. Å anerkjenne at familiemiljøet har betydning for forløpet, er vesentlig annerledes enn å a priori kunne beskrive hvordan familiemiljøet er. Stereotypiene er mindre klare, og stigmatiseringen av de pårørende er betydelig mindre.

I dag vil de fleste som anerkjenner betydningen av å trekke familien inn i behandlingsopplegget rundt en pasient med schizofreni, forstå schizofreni som en interaksjon mellom arv og miljø som er en overordnet stress-sårbarhetsmodell.

Antipsykiatribevegelsen

Antipsykiatribevegelsen er et begrep som gjerne brukes om psykiatrikritikerne som dukket opp på 1960-tallet og utover. De stilte spørsmål ved om det i det hele tatt fantes noe som kunne kalles mental lidelse (Szasz, 1960). Tittelen på noen av arbeidene fra psykiatriens skarpe kritikere gir hint av hvilke posisjoner de har inntatt: "The myth of mental illness" (Szasz, 1960), "Madness and civilization" (Foucault, 1965/1992) og "Against therapy" (Masson, 1990). De retter direkte kritikk mot selve forståelsen av mental lidelse som sykdom, og de kjemper imot at abnormal atferd skal forstås som produkt av abnormale hjerner (Szasz, 1993).

Antipsykiatribevegelsen kan ses i sammenheng med 60-tallets mange frigjøringsbevegelser. En rekke grupper kjempet en kamp mot stigmatisering og urettferdighet: homofile, fargede, fattige og kvinner (Elizur og Minuchin, 1989). Kampen mot psykiatrien ble en parallell til andre krav om endringer i institusjonell kontroll. Noen strakk det så langt som å sammenligne hospitalisering med slaveri, overgrep og tortur. Argumentasjonen var at betingelsene på sykehusene skapte tilstander som igjen ble attribuert til pasienten. Organiseringen av psykiatrien ble sett på som en måte samfunnet ekskluderte avvikere og dissidenter (Rissmiller og Rissmiller, 2006).

Foucault (1965/1992) viser hvordan definisjonen av mental lidelse har endret seg gjennom historien, og hvordan den henger tett sammen med sosiale aspekter. Szasz (1993) sammenligner psykiatrien med religion, og viser hvordan psykiaterne selv har konstruert diagnoser og siden fremholder disse som sannheter. Laing (1967) hevder at det er samfunnets nedvurdering av psykosen som er problematisk, da psykosen like gjerne kan ses positivt på, som et gjennombrudd i stedet for et sammenbrudd. For Laing er psykosen en reise som kan være enten god eller dårlig, mens han mener at den etablerte psykiatrien gjør den til en katastrofe.

Familien ble av antipsykiaterne ansett å være en undertrykkende institusjon som begrenset individets frihet. "Den psykotiske" var den smarteste i familien og den som maskerte samfunnets og familiens galskap (Bertrando, 2006). Familien tvang frem en fremmedgjøring ved å kreve sosialisering til samfunnets normer, og fratok derved individet dets autensitet. Det skulle ikke være noen grunn til å rette behandling mot en dysfunksjonell

familie, for en funksjonell familie ble antatt å være enda verre. Bertrando skriver at dette synet, blandet med de tidlige familieteoriene, førte til en skyldinduserende praksis. Familien ble bokstavelig talt antatt å forårsake pasientens lidelse, og det nærmest med intensjon.

Antipsykiatrisk tankegods var pådriver for den massive deinstitusjonaliseringen som fulgte. I Italia gikk dette lengst, med Franco Basaglia som forkjemper (Rissmiller og Rissmiller, 2006). Der ble asyl og tvangsinnleggelse forbudt i sin helhet. Deinstitusjonaliseringen var i stor grad en ideologisk bevegelse (Bertrando, 2006), og derfor tett sammenvevd med en ny *holdning* til pasienten.

På tidlig 80-tallet forsvant den brede støtten antipsykiatribevegelsen hadde hatt i samfunnet. Venstreorientert politikk ble mange steder erstattet med et mer konservativt politisk landskap. Ofte ble venstreradikale ansett som naive, med utopiske visjoner. Dette gjorde at antipsykiatribevegelsen mistet synlighet og påvirkningskraft (Rissmiller og Rissmiller, 2006). Deinstitusjonaliseringen løste ikke problemene. De forsvant ikke med ”frigjøringen” av psykiatriske pasienter. Tvert imot ble mange stående uten tilbud, i et lokalsamfunn med få behandlingsmuligheter. Med slike betingelser økte ansvaret på familien (Elizur og Minuchin, 1989).

Antipsykiaterne peker implisitt på mange sosialpsykologiske fenomener. De er opptatt av begreper som makt, hierarki og ideologi. De ser behandleren som motivert av å øke egen prestige og status, og de antar at en sosial kategorisering av ”avvikere” tilfredsstiller slike behov. De går til angrep på behandlere, og samfunnets tendens til å kategorisere avvikere som mentalt lidende. At mennesker som får en diagnose, ”blir” sin diagnose, kan sammenlignes med det som i sosialpsykologien kalles stereotypitrusel. Det vil si at man tilpasser seg andres forventninger, ved at man lever ut andres stereotypiske oppfatninger av en selv (Hogg og Vaughan, 2011).

Den største innvendingen mot antipsykiaternes standpunkter er at de kan virke bagatelliserende av reell psykisk smerte og opplevelse av forvirring. Det å utvikle en psykose kan faktisk i seg selv kvalifisere som et traume (Morrison, Frame og Larkin, 2003). Antipsykiaterne kan også kritiseres for at de ikke anerkjenner det reelle behovet for hjelp som en del mennesker har. At det er samfunnet, og ikke personen som er gal, kan sammenfalle spesielt dårlig med familiens opplevelser. Om samfunnets betingelser bidrar til at mennesker lider, så er det likevel det samfunnet personen skal fortsette å leve i. Kritikken kan være

fruktbar i seg selv, men det mangler gode alternativer til løsninger. Uansett forklaringsmodell, og uansett hva man kaller psykisk lidelse, så er det en del mennesker som har et omfattende omsorgsbehov. Hvordan man best imøtekommer disse behovene kan diskuteres. Hvordan man balanserer omsorgsbehov med respekt for menneskers selvbestemmelsesrett bør, og skal også diskuteres. Når målet er å hjelpe, må man nødvendigvis forsikre seg om at de som skal hjelpes faktisk subjektivt opplever å få hjelp. Men å avvise psykisk helsevern i sin helhet er ikke et reelt alternativ.

Men antipsykiatribevegelsen er uhyre viktig for å holde noen sentrale etiske (og politiske) spørsmål oppe til debatt. Hvor skal grensen gå mellom individets rett til frihet og rett til hjelp mot sin vilje? Kan mental lidelse også ses som et fengsel, som pasienten skal ha hjelp med uansett ønske? Der et familiemedlem med psykoser nekter behandling, blir det fort familien som står igjen med ansvaret for hjelp og støtte. Hvilke rettigheter skal følge av en slik rolle? De vanskelige spørsmålene rundt grenser for tvangsinnleggelser og tvangsbehandling springer ut av ulike forståelsesmodeller på psykisk lidelse. Hva gjør man med mennesker med psykoser, som ikke ønsker behandling og der familien kanskje ikke orker mer? Hvem sin "frihet" skal ha forrang, pasientens eller familiens? Når skal man behandle mennesker mot sin vilje? Når skal man beskytte mennesker fra seg selv? Når slutter pasientens egen mening å telle? Hvor problematisk er det å jobbe for å styrke autonomi i en situasjon der et menneske har svært begrenset frihet?

Stress-sårbarhetsmodellen: interaksjon mellom arv og miljø

Stress-sårbarhetsmodellen for schizofreni er i dag den overordnede forståelsen de fleste på feltet vil si seg enig i. Modellen har nær konsensus på den måten at svært få vil benekte at schizofreni er et utslag av interaksjon mellom arv og miljø. Samtidig er modellen også så bred, at den dekker en rekke orienteringer. Den er heller ikke spesifikk for schizofreni, men fungerer som overordnet modell for interaksjonen mellom arv og miljø ved en rekke psykiske lidelser, personlighetskarakteristikker og lignende. At man blir født med ulik genetisk sårbarhet som igjen medieres av ulik grad av stress, er en forståelse dypt forankret i nesten all psykologisk tenkning i dag.

Den betydelige variasjonen som likevel finnes under den brede stress-sårbarhetsmodellen, forsøker jeg å vise ved først å presentere den opprinnelige diatese-stressmodellen. Deretter blir det et gjensyn med sykdomsmodellen, før jeg tar for meg den kognitive modellen og avslutter med recoveryfilosofien. Det blir etter hvert tydelig at holdninger til familien har endret seg betydelig. Fra å bli sett som direkte kausale aktører, blir de nå i økende grad vurdert som selv å være ”ofre”. Familiene anerkjennes også i økende grad som viktige ressurser og hjelpere i pasientens bedringsprosess.

Rosenthals diatese-stress modell

Rosenthal (1970) inkorporerer dokumentasjon fra familie, tvilling og adopsjonsstudier som har vist at genetiske faktorer er viktige i schizofreni. Han introduserer en etiologisk modell som kobler spesifikk genetisk sårbarhet for schizofreni med uspesifikke miljøfaktorer. Det betyr at miljøfaktorene ikke er ”schizofrenogene”. I dag går man også ut fra at det genetiske grunnlaget er multifaktorielt og polygent. En implisitt forståelse av denne modellen er at miljørollen varierer med styrken på den genetiske sårbarheten (Fowles, 1992).

Rosenthal (1970) antar at det er et kontinuum av sårbarhet. På øvre ekstrem er det teoretisk mulig at noen mennesker er genetisk over terskel. Det betyr at de vil utvikle schizofreni uavhengig av miljøet rundt dem, og at de vil få et kronisk forløp. En sannsynligvis større gruppe vil, i følge Rosenthal, ligge genetisk nær terskel. Da vil de *fleste miljøer* føre til at man utvikler schizofreni. Andre igjen vil ha en genetisk sårbarhet som er stor nok til å

nærme seg terskel, og de vil være «at risk». Men det kreves et spesielt miljø for at de skal utvikle schizofreni. Her mener Rosenthal at episodene er responser på miljøet. I et kronisk hardt miljø vil de også få kroniske lidelser. Ved enda mindre genetisk sårbarhet, vil risikoen for å utvikle schizofreni være minimal. Likevel kan man reagere som respons på sjeldne ekstremmiljøer, da i form av korte reaktive psykoser.

Det er vesentlig å se at den genetiske sårbarheten ikke er en konstant størrelse. Den varierer i likhet med miljøfaktorer. Derfor blir det også umulig i et enkeltstående tilfelle å vurdere hvor stor del som skyldes miljø og hvor stor del som skyldes genetikk (arv). Prosentanslagene er ubrukelige i møte med individet. Rosenthal presenterer altså et genetisk kontinuum mellom ”genetisk schizofrene” og ”genetisk ikke-schizofrene”, og de fleste med schizofrenisymptomatologi er plassert et sted i mellom. Teorien fremholder at de fleste har så liten genetisk sårbarhet for schizofreni at miljøfaktorer vanskelig får dem over terskel.

Diatese-stress-modellen sier at alle miljøbetingelser som øker stresset i miljøet fasiliteter utvikling av schizofreni. Disse variablene kan virke direkte og/eller indirekte. Genetiske faktorer som øker stress-reaktivitet (eksempelvis sårbarhet for depressivitet) vil gi subjektivt større stress. Og videre kan faktorer gjøre livet objektivt stressende. Lav IQ er ett eksempel, som gir større stress ved å skape hindringer i forhold til skolesituasjoner og lignende. Temperamentsfaktorer, slik som sjenanse, er også viktige faktorer som påvirker evnen til sosial og yrkesmessig tilpasning.

I denne forståelsen, spiller familien stort sett en viktig rolle, men som én blant flere mulige stress- eller resiliensfaktorer. Den gir en klar oppfordring til familien om at deres fremtidige bidrag er viktig og har betydning for lidelsens forløp. Dette legitimerer familieintervensjoner. Samtidig er det innen modellen store friheter til å vektlegge biologiske og/eller psykologiske aspekter, noe som igjen vil ha betydning for holdninger til pasienten og familien. Det varierer i stor grad hva man fokuserer på som stress og hva man fokuserer på som sårbarhet. Debatten om hvordan man tenker om familien er ikke avgjort en gang for alle ved en overordnet interaksjonsmodell.

Den medisinske modellens oppsving, 1990-tallet som “The decade of the brain”

Tidvis svært god effekt av nevroleptika, resultater fra tvilling-og adopsjonsforskning, og studier som har vist at medikamentell behandling (og eventuelt psykoterapi som supplement) er det beste alternativet ved schizofreni, bidro til at pendelen rundt 90-tallet igjen dreide seg mot Kraepelin og synet på schizofreni som en sykdom i hjernen (Torgalsbøen, 2001b). Dette sammenfaller også med en stor utvikling av hjerneavbildningsteknikker, som Pet og fMRI. Om- og hvordan hjernen til mennesker med schizofrenidiagnose avviker fra andre *grupper*, har vært gjenstand for massive undersøkelser.

National Institute of Mental Health's døpenavn til nittiårene som “the decade of the brain” (NIMH, 2007), viser hvor stor vekt biologien har fått i forståelsen av psykiske lidelser. Spesielt sterkt gjelder dette schizofreni. Den kraftige dominansen av biologisk orientert forskning, er også tydelig i profesjonsutdanningen av psykologer i Oslo. Og den dominerer i psykologisk litteratur på schizofreni. På veien mot å bli psykolog får man kunnskap om avvik i hjernestrukturer og funksjoner, ubalanse i nevrotransmittorer, i tillegg til atferdsgenetikkens massive produksjoner av heritabilitetsmål og vurderinger. Sammen med opplæring og trening i å gjøre diagnostiske vurderinger (hvilket kreves av en som arbeider i kommunalt eller statlig psykisk helsevern), påvirker det forståelsen av schizofreni hos (morgen)dagens psykologer. Det er sannsynlig at et slikt fokus til sammen fører til en forståelse av schizofreni som handler mer om hjernen, og mindre om “sinnet”, og om kontekst og erfaringer.

En økt forståelse av schizofreni som et resultat av genetiske og biokjemiske prosesser og årsaker, endrer både behandlerens og familiens kausale attribusjoner. Diagnosen schizofreni kan i større grad bli sett som et uttrykk for ukontrollerbar og ufrivillig uflaks. Dette sammenlignet med å se diagnosen som tegn på foreldrenes mangelfulle oppdrager- eller omsorgsevner. Så har også pårørendeorganisasjoner vært aktive når det gjelder å få beskrevet schizofreni som en hjerneorganisk lidelse, samt gitt økonomisk støtte til hjerneforskning (Lefley og Wasow, 1994). For familien kan det bety en renavsking i forhold til tidligere anklager om dårlig foreldreomsorg. Det blir et “bevis” på hva familien har å slite med, en ikke-dømmende anerkjennelse av den jobben familien gjør i å yte omsorg for det syke familiemedlemmet. Det er nærliggende å tenke at den biologiske redefineringen av schizofreni virker avstigmatiserende for familien.

Men samtidig som en biologisering virker skyldreduserende på foreldre, har en slik forståelse andre attribusjonskonsekvenser av mer uheldig art. I følge Mehta og Farina (1997) kan biologiske forskjeller fort bli sett som mer grunnleggende, mer uforanderlig, og mer "ekte" enn forskjeller som resulterer fra læring og erfaringer. Med biologiske forklaringsmodeller basert på genetisk forskning, risikerer vi en styrkning av oss-dem distinksjonen, mellom de menneskene med og uten slike karakteristikk (Phelan, 2002). Man kan tenke at familien arbeider for ikke å bli definert som utgruppe. Boktittelen: "Families as allies in the treatment of mentally ill?" av psykiater og pårørende Lefley (og Johnson, 1990), vitner kanskje om det. Men kan den biologiske redefineringen av schizofreni til organisk lidelse gå på bekostning av *holdningene* til pasienten? En nøyere diskusjon av dette vil følge senere.

En bieffekt for familien er jo også videreføringen av "dårlige gener", også når det gjelder barn eller søsken som pårørende. Det gjelder både som assosiativt stigma og som frykt for selv å utvikle schizofreni. Via den genetiske assosiasjonen til den som er syk, kan helt friske familiemedlemmer føle seg svertet og bli sett på som "bærer", "at risk" og så videre (Phelan, 2002). Ens genetiske profil kan vise seg begrensende i intime relasjoner eller i arbeid. Mange vil vegre seg for å gifte seg med en som har hatt diagnosen schizofreni, eller som har foreldre med schizofreni. Diskriminering på bakgrunn av schizofreni i familien, kan representere et reelt dilemma.

Genetisk "stempling" kan også gjøre det vanskelig for den tidligere pasienten å bli regnet som helt frisk. "Sårbarheten" ligger alltid på lur og venter på en. Varigheten blir overdrevet av genetisk attribusjon. Det får noe varig og pessimistisk over seg. Og som konsekvens skal det mye til for at pasienter med denne diagnosen skal kunne kalle seg frisk. Dersom en slik orientering fører til at mennesker blir stemplet som "defekt", så er dette det ultimate stigmaet et mennesket kan få.

Den kognitive modellen: fra kategori til dimensjon

Kognitiv teori er en av flere psykologiske retninger som har holdt relativt lav profil på psykosefeltet, og "latt" biologiske orienteringer i stor grad få dominere. Først og fremst har den kognitive modellen blitt brukt til å forklare angst og depresjon. Nytteverdien av kognitiv teori på psykosefeltet er anerkjent først relativt nylig. Ved tusenårsskiftet slo kognitive

modeller på psykose fart (Beck, 2004). Som bakgrunn kan man se funnene som peker på at hørselshallusinasjoner, et av de schneiderianske kjennetegnene på schizofreni, er relativt utbredt i den generelle befolkningen (Johns og van Os, 2001; Morrison, 2001). Likeledes kan psykotiske symptomer induseres eksempelvis ved sosial isolasjon og søvndeprivasjon. Dette bidrar til at psykotiske opplevelser kan oppfattes å være på samme kontinuum som normalfenomen.

Den kognitive tilnærmingen forsøker å forstå hvordan pasienter skaper mening ut fra livserfaringer, og hvordan vanlige kognitive skjevheter kan forstyrre opplevelsen av disse erfaringene. Blant disse kognitive skjevhetene finner man egosentriske skjevheter (irrelevante hendelser blir gjort selvrelevante), eksternaliserende skjevheter (interne sensoriske opplevelser eller symptomer blir attribuert til eksterne aktører eller omstendigheter) og intensjonaliserende skjevheter (pasienten attribuerer onde og fiendtlige intensjoner til andre menneskers handlinger). De kognitive skjevhetene forekommer i sterkest grad når utfallet av en situasjon er vurdert som viktig, man føler seg sårbar og situasjonen oppleves som en personlig trussel (Klausen og Hagen, 2008).

Fortolkning av påtrengende tanker står sentralt i kognitiv teori om angst. Eksempelvis er det foreslått at panikkangst resulterer fra feiltolkning av kroppssignaler (Morrison, 2001). Det antas at ved psykose blir eksterne eller interne triggere for hallusinasjoner feiltolket som ”jeg er gal”, ”djevelen snakker til meg”, ”hvis jeg ikke gjør som stemmene sier vil det skade meg” eller lignende. Fortolkningene øker negativt humør og aktiveringsnivået, noe som igjen øker hallusinasjonene. Symptomene vedlikeholdes av trygghetssøkende atferd, inkludert hyperårvåkenhet. Det hevdes dermed at det er *fortolkningen* av hallusinasjonene som er kilden til stress og ubehag.

Fra et kognitivt perspektiv er det vurderingen og responsen til ulike tankevirksomheter (metakognisjon) som lager problemene. Det er vurderingene (”slik tenkning kan gjøre meg gal” og lignende), og ikke innholdet i kognisjonene, som skiller ut kliniske utvalg. Det er som nevnt ikke uvanlig at ikke-kliniske utvalg hører stemmer (Morrison, 2001). Hvordan feiltolkningen vil arte seg er avhengig av personens kunnskap, erfaring og oppfatninger. Fortolkningene kan eksempelvis være farget av opplevelser som mobbing og rasisme. Når du faktisk har opplevd at folk har vært ute etter å ta deg, er det naturlig at fortolkningene går i retning av at andre mennesker ikke er til å stole på. Her har man altså et grunnlag for å spørre seg hva personen har opplevd, som bidrar til at fortolkningene blir som de blir.

Feiloppfatninger som går på hjerteinfarkt eller ”blir jeg gal nå?” er kulturelt akseptable, men fortolkninger som går på at tankene blir kringkastet eller satt inn av romvesener, er ikke kulturelt akseptert (Morrison, 2001). Det første er indikativt for panikkangst, mens det andre er indikativt for psykose.

Innenfor det kognitive rammeverket skjer det en stor endring av forståelsesmodellen for schizofreni som fra et intergruppeperspektiv har stor betydning. Psykotiske opplevelser plasseres nærmest på linje med normalitet. Den klart definerte utgruppen er ikke lenger så klart definert. Psykotiske symptomer, som tidligere per definisjon var uforståelige, normaliseres og får mening gjennom et kognitivt rammeverk. Psykotiske symptomer blir ikke kvalitativt annerledes enn ikke-psykotiske symptomer, og essensialismen oppheves. Symptomene, og med dem pasienten, menneskeliggjøres. Pasienten ligner ”oss”.

Recovery-bevegelsen: pasienten som subjekt

Den siste forståelsesmodellen, som knapt kan kalles en teori, er Recovery-filosofien. Det er en retning eller bevegelse som har skutt fart etter tusenårsskiftet. Den bygger på en skepsis til den medisinske forståelsesmåten og pessimismen som følger av denne. Som navnet ”Recovery” tilsier, ønsker tilhengerne av denne retningen et positivt fokus på mulighetene til å komme seg. Den vil øke lydhørheten for hva pasienten selv mener skal til for å bli kvitt plagene sine (Topor, 2003). Dette fremmer en endring og fornying av maktrelasjonene. Man forsøker å løfte frem og styrke pasienten, og man ser på bedring som en prosess.

Bevegelsens assosierte forskningsparadigme går ut på å spørre tidligere pasienter om hva som har vært til hjelp, og hva som har vært til hinder i bedringsprosessen. Larsen (2006) hevder at en synliggjøring av subjektet har en iboende kritikk mot det eksisterende klassifiseringssystemet i seg. Det viktige er i stedet å finne mening, og å stake ut en ny retning for livet og fremtiden. Larsen snakker også om den fundamentale betydningen vår forståelse for hva psykisk sykdom er har for pasienten. Den er viktig for personens posisjonering i den sosiale verden. Både pasienten og familien spør seg: hva skjer nå? Hvor går vi videre? Svarene hentes fra det vår kulturelle kontekst har å tilby. Da er det i følge Recovery-tilhengere få oppløftende svar å hente i psykiatriens diagnostiske kategorier. Som vi har sett, har schizofreni i psykiatrien i stor utstrekning implisert uforståelighet og pessimisme.

Topor (2003) omhandler i sin bok "Recovery" temaet pårørende. Han mener at de, i alt for stor utstrekning, har blitt satt i et endimensjonalt lys. De er enten årsak til lidelsen, eller hjelpere i bedringsprosessen. I sine intervjuer finner Topor langt mer sammensatte bilder ut i fra tidligere pasienters ståsted. Der bidrar foreldrene både til problemenes utvikling *og* til problemenes avvikling. Det ene utelukker ikke det andre. Desto nærmere mennesker står en, jo mer komplekse forhold har man gjerne til dem.

Det er flere faktorer som bidrar til at Recovery-filosofien gir grunn til optimisme fra et intergruppeperspektiv. Recovery-bevegelsen har understreket betydningen av å unngå å fusjonere psykisk sykdom og person. Gruppemedlemskapet definerer ikke mennesket, verken pasient eller pårørende. Larsen (2006) poengterer at første skritt mot forståelse er å anerkjenne det fellesmenneskelige. Med annen terminologi betyr jo det å motvirke intergruppebias. Det pekes heller mot heterogeniteten i schizofreni-gruppen. Og samtidig oppfordres det til en tilhørende bred og heterogen forståelse av pårørende. Recoveryfilosofien motvirker den negative evalueringen som ofte følger av intergrupptenkning, ved et eksplisitt fokus på å gi stemme til dem det gjelder, og fokusere på positive aspekter som ressurser og mestring.

Den essensialistiske tenkningen om schizofreni som har vært fremtredende i mye av psykiatrien, er fraværende i recoverybevegelsen. Her ligger samtidig nøkkelen til behandlingsoptimisme. Mennesket har ressurser til endring. Bevegelsen motarbeider den omfattende objektiviseringen pasienter med schizofreni og deres pårørende har vært gjenstand for.

Intergruppeatferd betyr at ens egen og andres gruppemedlemskap påvirker tenkning og handling. Tidligere pasienter trekker frem terapeuten og dennes *menneskelige* sider, som helt sentralt i behandlingen (Torgalsbøen og Rund, 2002, min uthevelse). Blant annet vektlegger tidligere pasienter frem at behandleren møter pasienten med en respektfull og likeverdig holdning. Torgalsbøen (2001a) trekker også frem at det i hennes studie var klare fellestrekk, for eksempel i personlighetsstil, mellom behandler og pasient. De så også ut til å like hverandre godt. I intergruppekontekst gir dette mening. Intergruppebias er tonet ned ved å fokusere lite på gruppe og mye på individ. Det å forholde seg til pasienten som menneske, ikke først og fremst gruppemedlem, har avgjørende betydning for behandlerens *holdning* til pasienten. Kanskje betyr det også at behandleren først og fremst møter pasienten i kraft av å være et medmenneske, og nedtoner sin profesjonelle identitet?

Mye ved tenkningen i recoverybevegelsen motarbeider de gruppeprosessene som psykisk helsevern som system lett kan hemmes av. De motarbeider klar kategorisering av utgruppe og hindrer slik sett en tydelig oss/dem-tenkning. De godtar ikke essensialisme, og ingen objektivisering av mennesket. "Recovery" er ingen teori om schizofreni. Det er i større grad en holdning. Det å se mennesket, ikke bare diagnosen, får en ekstra dimensjon i et intergruppeperspektiv, fordi vi vet hvilke konsekvenser en umenneskeliggjøring kan få.

Diskusjon

Oppgavens utgangspunkt var at familien ved schizofreni i stor utstrekning er misfornøyd med psykisk helsevern, og har negative erfaringer med helsepersonell, heriblant psykiatere og psykologer. Dette er et moment som krever oppmerksomhet blant annet fordi foreldre bærer et stort ansvar og har betydning for schizofreniens forløp og utfall (Combs og Mueser, 2007). Hvordan kan denne misnøyen forstås, når psykiatere og psykologer nettopp er utdannet til, og arbeider for å hjelpe og yte omsorg? En mulig vei er å se på helsepersonells ulike forklaringsmodeller for schizofreni, og modellenes mulige implikasjoner for holdninger.

Hos andre som har sett på sammenhenger mellom teori og holdning til pårørende, blir familiens negative erfaringer hovedsakelig forklart med at helsepersonell attribuerer skyld til dem. Dette som et resultat av tiltro til tidlige familieteorier, som forklarer schizofreni ut fra dysfunksjonell familieinteraksjon. Det gir mening. Samtidig har det vært viktig for meg at også andre forklaringsmodeller fikk en kritisk gjennomgang. Det var viktig at ikke "løsningen" på forholdet mellom psykisk helsevern og pårørende ved schizofreni skulle koke ned til en frifinnelse av skyld, der behandleren er gitt rollen som dommer.

I den historiske gjennomgangen har jeg forsøkt å belyse hvordan forståelsen av familiens rolle ved schizofreni har endret seg i psykolgogisk/psykiatrisk teori. Og ut fra et sosialpsykologisk perspektiv har jeg vurdert hvordan ulike forståelsesmodeller kan henge sammen med behandlerens holdning til pasient og familie.

Sosialpsykologien er særlig opptatt av holdninger, og jeg har valgt å vurdere teoriene implikasjoner for holdninger ut fra et intergruppeperspektiv. Jeg har beskrevet teorier om schizofreni og oppfatninger om pårørende som intergruppeatferd, hvilket gjør at teorien er påvirket av og ikke minst påvirker bevisstheten om at man tilhører ulike sosiale grupper. Forståelsesmodellen får betydning for hvordan vi kategoriserer *oss* og *dem*, og en kategorisering av *oss* og *dem* vil igjen påvirke teorien. Intergruppeatferd er altså ingen predeterminert, stabil størrelse, men en fleksibel og dynamisk prosess som endrer seg i forhold til ulike sosiale og kulturelle kontekster. Jeg har brukt et sosialpsykologisk begrepsapparat i vurderingen av ulike forklaringsmodeller, og har blant annet vurdert teoriene ut fra sentrale begreper som sosial kategorisering, stereotypisering, stigmatisering, attribusjon, essensialisme og dehumanisering.

Siden reisen gjennom psykiatri/psykologihistorien på schizofrenifeltet er tilbakelagt, vil jeg nå diskutere mer overordnet koblingen mellom forståelsesmodeller og holdninger til pårørende. Som demonstrert har forholdet mellom psykisk helsevern og pårørende endret seg ganske dramatisk. Foreldre blir i økende grad sett som ressurser i bedringsprosessen, fra tidligere å ha vært vurdert som sentrale kausale aktører (Walla, 2010). Men psykisk helsevern er et felt der ulike forklaringsmodeller lever side om side, der det ikke er ett enhetlig forklaringsparadigme. Det er også et felt som er preget av ulike ”trender” (Ringén og Dahl, 2002). Selv med en stress-sårbarhetsmodell til grunn, vil forståelsene egentlig kunne være meget ulike. Hva man fokuserer på og gir forrang, og hvordan man forholder seg til teori vil variere. Det finnes gjerne ”lokale kulturer” (Böckmann, 1998) og det er variasjoner mellom og innad i de ulike faggruppene som jobber med alvorlige psykiske lidelser. Man forstår psykisk lidelse på ulike måter. Det er derfor relevant å se hva ulike forklaringsmodeller kan bety for holdninger til pasient og pårørende.

Jeg vil nå nærmere diskutere de momentene som har kommet opp i gjennomgangen og som kan ha betydning for pårørende. Et passende sted å begynne kan være der de fleste diskusjoner om forståelsesmodeller har startet: i skillet mellom arv og miljø.

Født sånn eller blitt sånn: hva betyr det for familien?

Forklaringsmodeller og attribusjon av skyld

Arv-miljø debatten som også har fått form av en biologi-psykologi debatt, er et nyttig referansepunkt i forhold til å vurdere ulike forståelser. I en klassisk psykiatrisk forståelse, som fortsatt har stor påvirkning på psykisk helsevern, er det en klar hovedvekt på arv. Et direkte biologisk utgangspunkt fikk også en renessanse i psykologien, da 90-tallet skulle være ”the decade of the brain”. Nyere nevrobiologiske modeller skjøt fart. Implikasjonene for pårørende kunne tenkes å være avstigmatisering, i den forstand at en klassisk medisinsk forståelse ikke vil attribuere skyld til foreldre (annet enn for ”dårlig nedarvede gener”) eller til pasienten selv. Symptomer kan i stedet attribueres til ukontrollerbare, tilfeldige organiske biprodukter. Det kan kalles en sykdom på lik linje med andre somatiske sykdommer. Ingen har skylden, og det blir som vi ofte tenker om somatisk sykdom: et spørsmål om flaks og uflaks.

Skyldfølelse er utbredt blant foreldre til barn med schizofreni (Engmark et al., 2006; Ferriter og Huband, 2003). De kan spørre seg hva de har gjort galt i barndommen eller hva de kunne ha gjort annerledes. Er denne skyldfølelsen et resultat av helsepersonells forståelsesmodeller? Ferriter og Huband fant at foreldre kjente best til nevrobiologiske forklaringsmodeller ved schizofreni, og tillia disse størst viktighet. Likevel var det mange som rapporterte skyldfølelse. De konkluderer med at det er liten støtte til at foreldrenes skyldfølelse kommer fra en tro på ”patologisk omsorg” som kausal modell, ettersom de fleste hadde mest kjennskap til, og festet sin lit til biologiske modeller.

Hvordan kan man da forstå denne skyldfølelsen? Kanskje vil foreldre, uansett, se på seg selv når det skjer noe alvorlig med barnet sitt. Det freudianske tankegodset er så integrert i vår kultur, at barnet av mange ses som et produkt av foreldrenes omsorg. I den vestlige kulturen har man gjerne en intuitiv forståelse av seg selv med klare røtter i det man har ”fått” av foreldrene sine. Dersom foreldre anser seg selv som et produkt av egen barndom, vil det sannsynligvis være nærliggende å se barnets psykiske helse som å henge sammen med den oppveksten de selv har ”gitt” barnet. Kanskje vil denne *forforståelsen* nærmest ”sitte i kroppen” uansett hvilken forklaringsmodell behandleren tilbyr? Og kan dette være gjeldende for behandlere også?

Just World- hypotesen kan også ha anvendelighet i dette henseende. Troen på at gode ting skjer med gode mennesker og dårlige ting med dårlige mennesker, kan være en mekanisme for å holde på illusjonen om en rettferdig, stabil og forutsigbar verden (Hogg og Vaughan, 2011). Attribusjoner som kan ende med å gi offeret skylden gjelder ikke bare de som står utenfor, også offeret selv vil strekke seg langt for å beholde illusjonene om en viss kontroll i verden. Dette betyr at mange ofre faktisk skylder på seg selv, også der det er omstendigheter som indikerer noe helt annet (Hogg og Vaughan, 2011). Kan skyldfølelsen og selvanklagene være foreldrenes måte å skape kontroll og forutsigbarhet på i en vanskelig livssituasjon?

Hvordan skal behandlere eventuelt adressere denne skyldfølelsen? Dette vil kunne henge tett sammen med behandlerens forståelsesmodell for psykisk lidelse. Mange foreldre oppgir å ha fått eksplisitt beskjed fra behandlere om at schizofrenien ikke er deres skyld (Ferriter og Huband, 2003). Dette vil være nærliggende for en behandler med en direkte nevrobiologisk forståelse, eller en ”sykdomsmodell”. Det vil også kunne være fristende, rent medmenneskelig, å tilby en slik forklaring i møte med fortvilte foreldre i krise. Spørsmålet er

om man som behandler i de individuelle tilfellene man møter, har belegg for å si noe om ”skyld” verken på den ene eller andre siden, og hva som eventuelt skulle være nytteverdien av det. Det er nettopp det som er problematisk med ”forståelsesmodeller” fra et intergruppeperspektiv: at den sosiale kategoriseringen i ulike grupper, gjør at man forholder seg til mennesker som gruppemedlemmer ut fra stereotypiske gruppeattributter.

En diagnose vil i realiteten ikke kunne gi noe svar på skyld. Behandleren vil ikke ha forutsetning for å ha noen forforståelse om det ut fra tilhørigheten i en kategori. Samtidig skal vi ta menneskers behov for å skape *mening* meget alvorlig. Det kan bety å utforske de sammenhengene foreldrene og pasienten selv er opptatt av, uten at behandleren står i en særposisjon til å vite om virkeligheten. En enten-eller-tenkning i forhold til foreldre, er etter min mening uhensiktsmessig, og på kant med hvordan vi ellers tenker om menneskelig atferd. Man må åpne opp for ulike forståelser av ulike familier, og man bør kunne forstå familier på ulike dimensjoner. Skal ikke de kunne være både medvirkende til pasientens lidelse, men likevel være viktige ressurser i bedringsprosessen?

Sosial kategorisering, stereotypisering og stigmatisering

Det ligger i den menneskelige natur å kategorisere. Vi er «programmert» til å gjøre tilværelsen enklere å navigere i, så vi forenkler verden blant annet ved å kategorisere (Hogg og Vaughan, 2011). Kategorisering er også helt sentralt i ”sykdomsmodellen”. En medisinsk modell er det systemet psykisk helsevern er bygget på, og som også psykologer som jobber med alvorlige psykiske lidelser må forholde seg til. Det er vanskelig å komme forbi at det er en modell som fasiliterer intergruppeatferd. Vi gjør det Meyer var skeptisk til: klassifiserer mennesker som om de var planter. Kategorisering er et ankepunkt i intergruppeatferd og et punkt jeg også har vurdert underveis. Å diagnostisere noen med diagnosen schizofreni er unektelig en direkte kategorisering, og kategorisering vet vi at har visse implikasjoner. Selve utredningsprosessen, som skal munne ut i en diagnose, vil fasilitere et søk etter gruppelikheter, ikke idiosynkratiske karakteristikk. En utredning-diagnose-behandling-resultat modell er en medisinsk modell ”tilpasset” til psykisk helsevern. Egnetheten av denne modellen for psykologers arbeid er drøftet andre steder (eksempelvis Oddli og Kjøs, 2009a og b).

I forhold til kategorisering og stereotypisering er det relevant å se på tid som en viktig faktor. Med knapp tid og lite informasjon, blir mennesker mer avhengig av ”kognitive snarveier.” Under slike forutsetninger øker vår tendens til å respondere ut fra kategorier og

benytte oss av stereotypier (Hogg og Vaughan, 2011). Tid er nært knyttet til rammebetingelsene i psykisk helsevern. Effektivitet er et krav. Spørsmålet er om ikke tilstrekkelig med tid er en viktig forutsetning for kompleks forståelse av både pasienten og familien. På denne måten blir tilstrekkelig tid også betydningsfullt for holdninger. Man trenger tid for å *forstå*, mens forutinntatthet fungerer godt med knapp tid.

Det går en fin grense mellom å ikke ville stigmatisere og å ende opp med å bagatellisere. Dersom man betegner en schizofreniutvikling som en "livskrise" er det ikke sikkert det samsvarer med opplevelsen til familien, som opplever at personen er helt forandret og sterkt plaget. Dette er også den mest grunnleggende kritikken mot antipsykiatribevegelsen. Alvorlig psykisk lidelse er så inngripende, forvirrende og smertefullt for pasient og familie til at det kan la seg avfeie som et uttrykk for samfunnets manglende aksept av avvik.

Mange behandlere kvier seg for å gi diagnosen schizofreni, fordi den har så mye stigma festet til seg. Det kan føles som en endelig "dom". Noen familiemedlemmer vil fortvile for det stigmaet som ligger i diagnosen. Andre igjen vil ikke være så opptatt av hva man kaller det, bare barnet deres får hjelp (Engmark et al., 2006). Ved å kalle det "sykdom" får man bevis for at noe virkelig er et stort problem, og at personen ikke er som han pleier. Sykdommen legitimerer et krav på hjelp og støtte.

Pårørende rapporterer om et stort spenn i hvordan de har fått formidlet diagnosen (Husby og Fossum, 2009), og hvordan de opplever det at et familiemedlem får en slik alvorlig diagnose (Engmark et al., 2006). Det at behandleren tilbyr et navn på det som skjer, kan gi et falskt løfte om forutsigbarhet. En søken etter forutsigbarhet er også helt grunnleggende ved menneskers kognisjon. Det er en grunnleggende motivasjon, som kan tenkes å påvirke både familien og behandleren.

Ønsket om forutsigbarhet kan kobles til familiens alternativer når det gjelder håp. Behandlere kan være i tvil om i hvilken grad de skal oppfordre til håp om at pasienten skal bli frisk, eller forberede familien på en tøff og vanskelig fremtid. Recoverybevegelsen ser på håpet om bedring og tilfriskning som helt sentralt for pasientene, og kritiserer den pessimismen psykiatrien har uttrykt overfor alvorlige psykiske lidelser. I forhold til det å gi håp, må behandleren etter min mening gjøre noen viktige avveininger. Det å gi håp, må balanseres med det å forberede familien på en usikker, og ofte svingende fremtid. Det bør være mulig å tenke både/og, i stedet for enten/eller, også på dette området.

Ut fra den historiske gjennomgangen er det tydelig at det ikke bare er pasienten psykiatrien har kategorisert; det har vært en utbredt kategorisering av foreldrene til pasienter med schizofreni. Foreldrene, og spesielt mor, har blitt stemplet ut fra barnets diagnose. Det interessante er at dette ble gjort for å normalisere og avstigmatisere pasienten. I systemisk teori, ble det sett som nærmest tilfeldig at det var akkurat den ”identifiserte pasienten” som utviste symptomer, det kunne like gjerne vært et av de andre familiemedlemmene. Ved begreper som ”den schizofrenogene mor” og ”den schizofrenogene familie” blir det tydelig at denne kategoriseringen har vært tett etterfulgt av visse stereotypier. Behandlere antok å ha en forforståelse av karakteristikk ved mor, far og deres ekteskap, på bakgrunn av barnets diagnose.

De negative stereotypiene som resulterte fra ”miljøforklaringer” på schizofreni kan ha bidratt til at man i mye større grad har forsøkt å finne nevrobiologiske årsaker, enn koblinger mellom psykose og tilknytning, oppvekst, traumer og lignende. Dersom hensynet til pårørende får den effekten at man begrenser utforskning av hvordan familierelasjoner og interaksjoner spiller inn ved psykose, er det en problemstilling som krever diskusjon. Ikke bare gjelder dette i forhold til foreldre ved schizofreni. Det gjelder i stor utstrekning i psykisk helsevern for barn og unge. Det er problematisk dersom det blir ”forskningstabuer” eller kliniske tabuer for å unngå å støte familiemedlemmer.

Hans Peder From (2006) skriver i en debattartikkel i danske Psykolog Nyt at foreldre-barn-relasjonens betydning for utvikling av psykisk sykdom har blitt nedtonet for å unngå å bebreide skrøpelige og sårbare foreldre, og av frykt for å ødelegge mulighetene til samarbeid. Det er vanskelig å uttrykke overfor foreldre at de bærer noe av ansvaret for sønn eller datters psykiske sykdom. Klinikken har ønsket seg bort fra slik *patronisering* at man legger skylden på foreldrene. Samtidig er det et tema for debatt for behandleren som observerer uheldige mønstre i familien, og erfarer at disse henger sammen med problemene. Noe av det interessante From tar opp her, er at behandleren er drevet av egne motivasjoner. Hun kan motiveres av å redusere egen usikkerhet, øke eget selvbilde eller unngå konflikt. Uansett hva som motiverer behandleren, vil hun sjelden være nøytral eller likegyldig vis a vis forklaringsmodeller. Samtidig vil et springende punkt være om behandleren *på forhånd* har gjort seg opp en mening om familiens rolle. Da er det stereotypiene, og ikke individene som har forrang.

I et intergruppeperspektiv kan man se at pårørende har kjempet en kamp for sin ”inngruppe”. Gjennom pårørendeorganisasjoner har mange familiemedlemmer kjempet for å motarbeide stigmatisering og fordommer. I USA har dette skjedd blant annet gjennom påvirkning av forståelsesmodeller, ved å redefinere schizofreni til organisk sykdom og støtte hjerneforskning (Lefley, 1994). Lefley og Johnsons (1990) ”*Families as allies in treatment of the mentally ill*” speiler også et ønske om et syn på pårørende som allierte, eller som inngruppe i stedet for utgruppe. Pårørende har i dag et helt annet utgangspunkt enn før, og de har mange flere rettigheter som blant annet illustreres ved ikrafttreddelsen av pasientrettighetsloven (lov om pasientrettigheter nr. 62 2.7. 1999) der pårørendes rettigheter også fremgår eksplisitt (jf. § 3-3).

Samtidig tror jeg det er veldig forenklet å fremstille pårørende som at de alle fortrekker en biologisk forståelse av schizofreni. Hvorvidt det i hele tatt er preferanser knyttet til forståelsesmodell blant familiemedlemmer som gruppe, er meg helt ukjent. Pårørende er en uensartet gruppe, med en naturligvis stor bredde i preferanser og egne forståelsesmodeller. Hovedintensjonen for de aller fleste er et ønske om best mulig hjelp for sønn eller datter, informasjon og støtte til en selv, og respekt og verdighet fra helsepersonell (Engmark et al., 2006).

Essensialisme og familien med assosiativt stigma

Det er en viss fare for at en medisinsk modell kan implisere essensialisme, det vil si en tro på at *de* er grunnleggende annerledes. Det kan føre til forventninger om kronisitet, uforanderlighet, behandlingsspessimisme, eller et fokus på ren medisinsk behandling og en betydelig underprioritering av kontekst og mening. Hvilken relevans får familien ut fra en slik modell? I tradisjonell psykiatri: liten. Familien har vært holdt på avstand.

Av relevant betydning for familien, er det enorme trykket som har vært på genetisk forskning relatert til schizofreni. Anamnesticke intervjuer skal kartlegge grad av familieopphopning. Det spørres etter ”snodige typer” i familien, eller andre som har fått behandling. Hva betyr dette, kanskje spesielt for søsken eller barn av mennesker med schizofrenidiagnose? Terminologien i litteraturen om familiemedlemmer vil eksempelvis være ”at risk”. Familiemedlemmene blir fort ansett å være på schizofrenispekteret, ”bærere” eller ”risikogruppe”. Det er også en form for kategorisering, som impliserer en essensiell tenkning.

”Funn” som gjelder dysfunksjonell kommunikasjon, tankeforstyrrelser og lignende har blitt ”alternativt fortolket” som et utslag for at de som deler genetisk grunnlag, også har assosierte forstyrrelser, bare i mindre grad. Ellers har man forklart at familien kan tenkes å bli ”forstyrret” av et ”forstyrret barn”. I dette perspektivet utviser familien kanskje mindre tegn på forstyrrelse de også, de er på spekteret, ”bærere”, ”risikogruppe”. De er forfeilet de også, bare i mindre grad.

Et gjennomgående funn er at det er forhøyet frekvens av traumeopplevelser blant mennesker med psykoselidelser (Read, van Os og Morrison et al., 2005; Spence, Mulholland og Lynch et al., 2006). At dette skulle ha den kausale sammenhengen at traumer øker sårbarheten for psykose, er det kontrovers om, og alternative forklaringer har blitt foreslått. Utviklingsabnormaliteter ved den som senere får schizofreni vil kunne gjøre personen et mer sannsynlig offer for overgrepsmenn. De kan også bli utsatt for emosjonelt eller fysisk misbruk fra foreldre, fordi de er vanskelige å være foreldre for (Bendall, Jackson, Hulbert et al, 2008). I tillegg er det en lang tradisjon i psykologien for å betvile rapporter om overgrep hos mennesker med psykoser (Howard, 1993; Lysaker, Beattie og Strasburger et al., 2005). Det har altså vært vurdert at man ikke kan ha tiltro til at et menneske med schizofreni snakker sant.

Jeg er ikke opptatt av ”rett kausalitet” i denne sammenhengen, men vil stille spørsmålstegn ved hva de ulike teoriene impliserer av holdninger vis a vis pasienten og dennes familie. En implisitt holdning om at lidelsen ikke kommer av det en har opplevd, men heller at de grunnleggende forstyrrelsene har forårsaket traumene, kan være en relativt betydningsfull antagelse i negativ forstand. Jeg ønsker ikke å sette grenser for hva man kan og ikke kan teoretisere om og forske på, men jeg synes det er nødvendig å ha en bevissthet om at teorier ikke er løsrevet fra holdninger, men innehar en affektiv verdi for de menneskene som er teoriens definerte ”målgruppe”.

Hvordan årsaksforklaringer er knyttet til følelser, ble blant annet tydelig i de opphetede debattene som fulgte programserien *Hjernevask* på NRK. Jeg er fullstendig klar over at man ikke kan predikere fra gruppenivå til enkeltindivid. Men sjansene er likevel store for at vår kunnskap på gruppenivå, vil påvirke våre holdninger, også i møte med individet.

Psykologen i “psykiatrien”

Til nå har jeg i stor grad referert til psykologer og psykiatere som representanter for psykisk helsevern. Det er klart at i visse tilfeller vil det være dekkende å tenke på deres sosiale identiteter på denne måten: det mest fremtredende i en situasjon er ikke om man er psykolog eller psykiater, men at man er behandler i psykisk helsevern. Da er det dette som er den viktigste inngruppen. Familien ved schizofreni ser heller ikke ut til å skille nevneverdig mellom psykiatere og psykologer, men rapporterer i det store og hele større tilfredshet med helt andre faggrupper, som politi (Ferriter og Huband, 2003).

Historisk sett har psykologifaget i stor utstrekning kategorisert psykosene som ”noe annet” og ”gitt” psykosene til psykiaterne. Dette er under endring, noe som blant annet gjenspeiles i begrepsbruk der ”psykiatrien” nå heter ”psykisk helsevern”. Psykologer jobber for mer innflytelse, eller i intergruppetermer, vi bedriver inngruppefavorisering, og motiveres av å beskytte og øke statusen til vår inngruppe. Psykologer er ikke unntatt de prosessene og motivene som påvirker andre grupper. Men vi bør ha gode forutsetninger for å kjenne til dem.

Mitt inntrykk er at det for mange psykologer er viktig å kategorisere seg selv ulikt fra psykiaterne. Maktforholdet mellom psykiatere og psykologer i psykisk helsevern har blant annet blitt diskutert av Torgalsbøen (2009) og Oddli og Kjøs (2009a). Sistnevnte skriver: ”Psykologien gir avkall på en del av den perspektivismen som egentlig naturlig tilhører faget, når vi forsøker å passe inn i naturfagtradisjonen, og distanserer oss fra fag vi tror ikke gir oss nok eller riktig type legitimitet.” I et sosialpsykologisk lys vil dette kunne bety at gruppeprosesser påvirker våre forståelsesmodeller for psykisk lidelse.

Betydningen av ulike forklaringsmodeller

Det spesielle med psykisk helsevernfeltet er at flere forklaringsmodeller eksisterer side om side (Ringen og Dahl, 2002). Lider pasient og pårørende under mangel på et enhetlig forklaringsparadigme? Oppstår det en forvirring som hindrer effektiv behandling? Eller er det heller til nytte, at man kan finne frem til en behandler som har en forståelsesmodell som harmonerer med ens egen?

Feltet er også preget av at det til ulike tider har vært ulike trender. Den store spredningen i forståelsesmodeller er vist gjennom denne oppgaven. Aktuelle spørsmål er om

den store divergensen i forståelsesmodeller er et problem eller noe vi bør omfavne. Noen ganger står ulike forståelsesmodeller mot hverandre, mens de andre ganger harmonerer. Ofte kan forklare atferd på ulikt nivå, og til sammen tilby et bredere bilde dersom man greier å integrere dem. Utfordringen er at kunnskapen og forståelsen ikke bare skal hjelpe behandleren. Den skal også kommuniseres til pasienten og familien hans.

Teorigjennomgangen bærer preg av at den er sett med ”dagens øyne”. Rammene for psykologisk litteratur, teori, forskning og praksis endrer seg kontinuerlig, og alle er man ”barn av sin tid”. Selv om stress-sårbarhetsmodellen har konsensus, og arv-miljø-debatten er ”begravd”, er behandling av alvorlige psykiske lidelser fortsatt et felt som preges av varierende modeller og trender. Historisk sett har de ulike modellene hatt sine varme tilhengere og arge motstandere. Dette til sammenligning med somatikken, som ikke har hatt slike teoretiske kontroverser (Ringen & Dahl, 2002). Noen av modellene er supplerende, andre konkurrerende. Det kan tenkes å henge sammen med at forståelsesmodellene har vært nært knyttet til ulike holdninger og ulike behandlingsalternativer. Man kan være eklektiker og integrere modellene etter behov, og tiden for ”de store teoriene” er muligens over. Terapiforskningens ”dodobird verdict” (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975) om at alle har vunnet og alle skal ha pris, er nærmest blitt et faktum i terapiforskning. Og andre faktorer enn teoretisk orientering ser ut til å ha størst effekt på utfall.

Betingelsene for behandlere i psykisk helsevern i dag, er strenge regulert enn tidligere. Det har kommet styrkede krav til faglig forsvarlighet og dokumentasjon (jf. helsepersonelloven, kapittel 4 og 8, 1999). Fagets litteratur, psykisk behandlingen og assosiert dokumentasjon har fått en mye større grad av gjennomsiktighet. Tiden for ideologisk overbevisning er tatt over av krav om dokumentasjon av kunnskap.

Men fortsatt følger mulighetene for maktmisbruk med den makten man besitter ved å være behandler i psykisk helsevern. Lovverk og kontrollorganer kan være med å forhindre uforsvarlig praksis. Men kritisk selvbevissthet i forhold til egen profesjonell rolle, må holdes oppe av fagfeltet i sin helhet, og øves opp av hver enkelt behandler.

Forklaringsmodellens rolle

Forståelsesmodeller har en forklarende funksjon og de er usikkerhetsreducerende (Hogg og Vaughan, 2011). Kanskje er det derfor vi higer etter en klar forståelse og holder fast på den

når vi først har kommet dit. Forståelsesmodeller ser også ut til å kunne virke begrensende på tenkningen vår. Når blir teori til ideologi? Kanskje må vi motarbeide vår iver etter å kvitte oss med usikkerhet? Kanskje vi må bli tydeligere på når vi har grunnlag for å si noe sikkert, og når vi ikke har det.

Det å se etter sammenhenger og skape mening er så grunnleggende i menneskelig kognisjon at vi nærmest må kunne kalle det et behov. Skulle man da ikke tenke at behandlerens rolle nettopp skulle bestå i å bistå pasientene våre og deres familier med å dekke dette behovet? Det betyr ikke at vi skal tre *våre* sammenhenger og meninger ned over deres ører, men at vi skal bistå i å finne frem til *deres* mening og *deres* sammenhenger.

Denne oppgaven stiller egentlig mange flere spørsmål enn den besvarer: Hva betyr det at forståelsesmodeller har betydning for holdninger til pårørende? Kan vi justere våre forståelsesmodeller slik at de ikke ”støter” familien? Kan det være et tungtveiende hensyn? Kan vi komme i den situasjonen at vi tilfredstiller familien på bekostning av pasienten? Hva med de tilfellene der behandleren tror at pasienten trenger et oppgjør med familien? Går det an å invitere til behandling uten å implisere ”skyld”? Hva er best for familien, at skyldfølelsen tas tak i, eller at skyldfølelsen avkreftes? Kan vi egentlig si noe om skyld ikke skyld? Er det opp til oss å avgjøre? Må vi innta en ”ikke-vite-posisjon” (Anderson og Goolishan, 1992) ? Er det ”sannhetsverdien” eller ”nytteverdien” av en forståelsesmodell vi skal søke?

Et sentralt spørsmål er også hva årsaksforklaringer bidrar med for å hjelpe pasienten? Og om et fokus på mening er avhengig av forståelsen av etiologi. Jeg har prøvd å se på de ulike farene ved både å bli for nevrobiologisk orientert, og farene knyttet til reduksjonistiske psykologiske modeller. Faren med teorier i sin helhet er at man raskt søker bekreftelse på egen forutinntatthet (jf. bekreftelsesbias, Hogg og Vaughan, 2011).

Ringen og Dahl (2002) tar opp et viktig moment når de stiller spørsmål ved hvilken troverdighet psykiatrien inngir, når den er så trendpreget at forklaringsmodellene kan endres dramatisk på kort tid. Hva betyr det for pasient og pårørende dersom de ut fra samme problemstilling kan få helt ulike svar av ulike profesjoner eller ulike ”lokale helsekulturer”? Et økende fokus på samspillet mellom nevrobiologi og ”sinnet” vil avhjelpe informasjonsformidlingen til pasient og pårørende. Informasjon om hvordan nevrobiologien endres av erfaringer, samspill og tilknytning, for eksempel, er med på å legitimere hvordan

samtaleterapi og familieintervensjoner kan være nyttige. At psykiske lidelser er et resultat av et komplekst samspill, bør gå tydelig fram i den informasjonen behandlere gir.

Men *holdninger* til familien ved schizofreni kan ikke stå og falle på forståelsesmodeller. Det kan ikke være slik at forklaringsmodellen kommer først, og holdningen til pårørende følger den. Med ulike trender, og flere sameksisterende modeller, må holdningen til pasient og pårørende få en uavhengig rolle. Av den grunn vender jeg meg mot filosofen Tore Frost (2001) og hans syn på hva respekt betyr i hjelperelasjonen. Betydningen av ordet respekt er i følge han ”å se om igjen” eller ”se på ny”. Han fremhever at respekt betyr å fremvise en høyt utviklet evne til å ta et skritt til siden, og se om igjen på hvordan man selv ser, lytter, aksepterer, forstår og hjelper. Å møte pasienten og familien med respekt betyr da å møte seg selv i speilet. Selvbevissthet, i forhold til egne forklaringsmodeller og egne holdninger, blir da ikke bare en nøkkelferdighet i klinisk arbeid. Det blir en forutsetning for å ivareta respekten for dem man skal hjelpe.

Konklusjon

Overskriften ”konklusjon” er egentlig kontraindusert ut fra oppgavens tema og formål. ”Fortsettelse følger”, ville egentlig være bedre egnet; forståelsesmodeller for psykisk lidelse er i jevnlig endring, og en faglig bevissthet omkring forståelsesmodeller og holdninger er et tema som kontinuerlig bør holdes oppe. En del dilemmaer skal ikke nødvendigvis konkluderes om, men de kan med fordel bevisstgjøres og diskuteres. Derfor er det med vitende og vilje at jeg i diskusjonen har stilt flere spørsmål enn jeg har besvart.

En verdig og respektfull holdning til pårørende, er slik jeg ser det, ikke direkte avhengig av forklaringsmodellen for schizofreni. En gitt forståelsesmodell garanterer ikke positive holdninger, og ei heller vil noen forståelsesmodell utelukke det. Likevel er forståelsesmodell knyttet til holdninger, og visse holdninger ser ut til å springe lettere ut fra enkelte forståelsesmodeller enn andre. Et viktig moment er med hvilken rigiditet man holder på sin forståelse. Som Frost (2001) mener, er betydningen av respekt å se om igjen på hvordan man selv ser. I det ligger en oppfordring om selvbevissthet rundt egen forståelsesmodell. Heller enn å fokusere på den ene ”sannheten” må vi avfinne oss med at vi er usikre, og tørre å sette navn på denne usikkerheten. En skråsikkerhet er verken berettiget eller nyttig i møte med familien til et menneske med en schizofrenidiagnose. Respekt er forutinntatthetens diametrale motsetning. Da må det jobbes slik at forståelsesmodellen ikke kommer i veien for respekten.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*, 4th edition. Washington: American Psychiatric Press.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. I: S. McNamee and K. Gergan (red), *Therapy as Social Construction*. London: Sage.
- Arieti, S. (1962). Psychotherapy of schizophrenia: some theoretical and practical aspects. *Archives of general psychiatry*, 6, 112-122.
- Austrem, L. M. (red.). (2006). *Hør, jeg har noe å fortelle!: om psykisk helsevern*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Bateson, G. (1991). *A sacred unity. Further steps to an ecology of mind*. New York: Harper Collins Publishers.
- Beck, A. (2004). A cognitive model of schizophrenia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 281-288.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A. & McGorry, P. D. (2008). Childhood Trauma and Psychotic Disorders: a Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 568-579.
- Bentall, R. P. (2003). *Madness explained. Psychosis and human nature*. London: Penguin Books.
- Bentall, R. P. (2007). The new psychology and treatment of psychosis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 524-526
- Bertrando, P. (2006). The evolution of family interventions for schizophrenia. A tribute to Gianfranco Cecchin. *Journal of Family Therapy*, 28, 4-22.
- Brown, R. (2001). Intergroup Relations. I: M. Hewstone & W. Stroebe (red.), *Introduction to Social Psychology* (s. 479-515). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M. & Wing, J. K. (1962). Influence of family life in the course of schizophrenic illness. *British Journal of Social Medicine*, 16, 55-68.
- Bøckmann, K. (1998). *Attitudes of ward staff towards families of patients suffering from schizophrenia*. Hovedoppgave i psykologi. Tromsø: K. Bøckmann.
- Combs, D. R. & Mueser, K.T. (2007). Schizophrenia. I: M. Hersen, S. M. Turner, & D.C.

- Beidel (red), *Adult psychopathology and diagnosis*, (s. 241-285). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Dell, P. F. (1980). Researching the family theories of schizophrenia: An exercise in epistemological confusion. *Family Process*, 19, 321-335.
- Dudley, M. & Gale, F. (2002). Psychiatrists as a moral community? Psychiatry under the Nazis and its contemporary relevance. *Australian and new Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 585-594.
- Elizur, J. & Minuchin, S. (1989). *Institutionalizing Madness: Families, Therapy, and Society*. New York: Basic Books
- Engmark, L., Alfstadsæther, B. & Holte, A. (2006). *Diagnose schizofreni: Foreldrenes erfaring*. (FHI-rapport nr. 6). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Farrugia, D. (2009). Exploring stigma: medical knowledge and the stigmatisation of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness*, 31, 1011-1027.
- Ferriter, M. & Huband, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 10, 552-560
- Fowles, D. C. (1992). Schizophrenia: Diathesis-Stress Revisited. *Annual Reviews of Psychology*, 43, 303-336.
- Freud, S. (1986). The case of Schreber. Papers on technique and other works. I: J. Strachey (red). *The Complete psychological works of Sigmund Freud, vol XII*. London: The Hogarth Press & The Institute of Psycho-analysis.
- Freud, S. (1986). On Narcissism: an introduction. I: J. Strachey (red). *The Complete psychological works of Sigmund Freud, vol XIV*. London: The Hogarth Press & The Institute of Psychoanalysis.
- From, H. P. (2007). Forståelsen af psykisk sygdom. *Psykolog Nyt*, 21, 16-19.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 11, 263-273.
- Frost, T. (2001). Respekt for menneskeverdet – hva mener vi med det? (foredrag) I: *Betanien: Kontaktorgan for Betanien* (s. 12-13). Rygge: Betanien sykepleiesamfunn.
- Foucault, M. (1992). *Galskapens historie*. Oslo: Gyldendal.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.

- Gilbert, M. (1997). *Holocaust journey: travelling in search of the past*. London: Phoenix/Orion, s.159–160.
- Haslam, N., Bastian, B. & Bain, P. (2006). Psychological Essentialism, Implicit Theories, and Intergroup Relations. *Group processes & intergroup relations*, 9, 63-76.
- Hinshaw, S. P. & Cicchetti, D. (2000). Stigma and mental disorder: Conceptions of illness, public attitudes, personal disclosure, and social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 555–598.
- Hoenig, J. (1983). The concept of Schizophrenia. Kraepelin-Bleuler-Schneider. *The British Journal of Psychiatry*, 142, 547-556.
- Hogg, M. A. & Vaughan, G. M. (2011). *Social psychology: sixth edition*. Harlow: Prentice Hall.
- Hooley, J.M. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352.
- Howard, L. M. (1993). Allegations of abuse in psychotic patients. *American Journal of Psychiatry*, 150, 839-840.
- Husby, V. M. & Fossum, L. R. (2009). *Formidling av alvorlige diagnoser i psykisk helsevern*. Hovedoppgave i psykologi. Oslo: V.M. Husby.
- Jackson, D. D. (1965). The Study of the Family. *Family Process*, 4, 1–20.
- Johns, L. C. & van Os, J. (2001). The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 21, 1125-1141.
- Johnson, D. (1990). The Family's Experience of Living with Mental Illness. I: H. P. Lefley, D. L. Johnson (red), *Families as Allies in Treatment of the Mentally Ill: New Directions for Mental Health Professionals* (s. 31-63). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Kirschner, L. A. (2011). Applying the work of Winnicott and Lacan: The problem of psychosis. I: L.A. Kirschner (red), *Between Winnicott and Lacan: a clinical engagement* (s. 81-106). New York: Routledge.
- Klausen, V. & Hagen, R. (2008). Kognitiv atferdsterapi ved psykose. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 5, 545-554.
- Koolae, A. K. og Etemadi, K. (2010). The outcome of family intervention for the mothers of schizophrenia patients in Iran. *International Journal of Social Psychiatry*, 56, 634–646.
- Kristoffersen, K. (1998). *Pårørende og søsken i psykisk helsevern: hermeneutisk metode*,

- søskens opplevelse, pårørendesamarbeid*. Fagbokforlaget: Bergen.
- Laing, R. D. (1967) *The Politics of Experience and The Bird of Paradise*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Larsen, J. A. (2006). Psykisk sykdom og personen - et spørsmål om menneskelig forståelse. *Tidsskrift for forskning i sykdom og samfund*, 3, 69-88.
- Lefley, H. P. & Johnson, D. (1990). *Families as allies in the treatment of mentally ill: new directions for mental health professionals*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Lefley, H. P. & Wasow, M. (1994). *Helping families cope with mental illness*. Chur: Harwood Academic Publishers.
- Lidz, T., Parker, B., Cornelison, A. (1956). The role of the father in the family environment of the schizophrenic patients. *American Journal of psychiatry*, 113, 126-132.
- Lidz, T., Cornelison, A. R., Fleck, S. & Terry, D. (1957). The Intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital Schizm and Marital Skew. *American Journal of Psychiatry*, 114, 24-248.
- Lombardo, P. A. (2010). *A century of eugenics in America : from the Indiana experiment to the human genome era*. Bloomington, Indiana : Indiana University Press
- Lov av 2. juli 1999 om helsepersonell m.v nr. 64 . (Helsepersonelloven). Hentet 10.oktober 2011 fra www.lovdata.no
- Lov av 2. juli 1999 om pasientrettigheter nr. 63. (Pasientrettighetsloven) Hentet 10.oktober 2011 fra www.lovdata.no.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that " everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lysaker, P. H., Beattie, N. L., Strasburger, A. M. & Davis, L. W. (2005). Reported history of child sexual abuse in schizophrenia: associations with heightened symptom levels and poorer participation over four months in vocational rehabilitation. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 193, 790-795.
- Macalpine, I. & Hunter, R. A. (1955). Introduction. I: D. P. Schreber, *Memoirs of my nervous illness* (s. 1-28). London: WM. Dawson & Sons Ltd.
- Masson, J. M. (1990). *Against Therapy*. London: Fontana.
- Mehta, S. & Farina, A. (1997). Is being "sick" really better? *Journal of Social and Clinical Psychology*, 16 , 405-419.

- Meyer, A. (1906). Fundamental conception of dementia praecox. *British Medical Journal*, 2, 757-759.
- Meyer, A. (1910). The dynamic interpretation of dementia praecox. *The American Journal of Psychology*, 21, 385-403.
- Mitchell, S. A. & Black, M, J. (1995). *Freud and beyond: a history of modern psychoanalytic thought*. Basic Books: New York.
- Morrison, A. P. (2001). The Interpretation of intrusion in psychosis: An integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257–276.
- Morrison, A. P., Frame, L.& Larkin, W. (2003). Relationships between trauma and psychosis: A review and integration. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 331-353.
- National Institute of Mental Health. (2007). *Professional Coalition for Research Progress*. Washington, D.C: NIMH.
- Nichols, M. P. & Schwartz, R.C. (2008). *Family therapy : concepts and methods*. Boston: Pearson/Allyn & Bacon
- Oddli, H. W. og Kjøs, P. (2009). 7 løgner om psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 24, 168–173.
- Oddli, H. W. & Kjøs, P (2009). Å leve med forskjell. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46 , 782-791.
- Phelan, J, C. (2002). Genetic bases of mental illness – a cure for stigma? *Trends in neurosciences*, 25, 430-431.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W. & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia- a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 73-92.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P.& Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330–350.
- Rimehaug, T. & Bjerkan, O. (2008). Bipolar lidelse hos barn - en introduksjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 1383-1395.
- Ringen, P, A. & Dahl, A, A. (2002). Modeller og trender i psykiatri - bør nevrobiologi danne en felles basis? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 122, 2024-2027.
- Rissmiller, D, J. & Rissmiller, J, H. (2006) Evolution of the Antipsychiatrymovement Into

- Mental Health. *Consumerism. Psychiatric Services*, 57, 863-866.
- Rosenthal, D. (1970). *Genetic Theory and Abnormal Behavior*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Rossi, R., Delmonte, P. & Terracciano, P. (1971). The Problem of the Relationship Between Homosexuality and Schizophrenia. *Archives of Sexual Behavior*, 1, 357-362.
- Rycroft, C. (1995). *A Critical Dictionary of Psychoanalysis*. London: Penguin Books.
- Scazufca, M. & Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 168, 580-587.
- Schooler, N.R.; Keith, S.J.; Severe, J.B.; and Matthews, S.M. (1995). Maintenance treatment of schizophrenia: A review of dose reduction and family treatment strategies. *Psychiatric Quarterly*, 66, 279-292.
- Spence, W., Mulholland, C., Lynch, G., McHugh, S., Dempster, M. & Shannon, C. (2006). Rates of childhood trauma in a sample of patients with schizophrenia as compared with a sample of patients with non-psychotic psychiatric diagnoses. *Journal of Trauma and Dissociation*, 7, 7-22.
- Stiberg, E. (2006). Foreldreomsorg på ubestemt tid...om pårørende til ungdommer med debuterende schizofreni. *Nordisk sosialt arbeid*, 26, 110-122.
- Szasz, T. S. (1960). The myth of mental illness. *The American Psychologist*, 15, 113- 118.
- Szasz, T. S. (1993). *A Lexicon of Lunacy: Metaphoric Malady, Moral Responsibility, and Psychiatry*. Transaction Publishers: Brunswick.
- Topor, A. (2003). *Recovery: at komme sig efter alvorlige psykiske lidelser*. København: Hans Reitzel forlag.
- Torgalsbøen, A-K. (2001a). Consumer satisfaction and attributions of improvement among fully recovered schizophrenics. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 33-40.
- Torgalsbøen, A-K (2001b). Helbredelsestrangen ved schizofreni: Kan den kureres? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 619-628.
- Torgalsbøen, A-K. & Rund, B.R. (2002). Lessons learned from three studies of recovery from schizophrenia. *International Review of Psychiatry*, 14, 312–317.
- Torgalsbøen, A-K. (2009). Psykologen i «psykiatrien» – fra veloppdragen gjest til myndig entreprenør. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 700-708.
- Tranøy, J. (1995). *Psykiatriens kjemiske makt*. Oslo: Spartacus.
- Walla, B. (2010). *Family perspectives in treatment of schizophrenia*. Masteroppgave i helsevitenskap. Trondheim: B. Walla.

- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO.
- Wynne, L. C., Ryckoff, I. M., Day, J. & Hirsch. (1958). Pseudo-mutuality in the Family Relations of Schizophrenics. *Psychiatry*, 21, 205-220.
- Ølgaard, B.(2006) Dobbeltbindingsteorien-misforstået? *Fokus på Familien*, 4, 236-241.